

N° 108

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

Enregistré à la Présidence du Sénat le 20 novembre 2014

RAPPORT GÉNÉRAL

FAIT

au nom de la commission des finances (1) sur le projet de loi de finances pour 2015, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Albéric de MONTGOLFIER,

Sénateur,

Rapporteur général.

TOME III

**LES MOYENS DES POLITIQUES PUBLIQUES
ET LES DISPOSITIONS SPÉCIALES**

(Seconde partie de la loi de finances)

ANNEXE N° 28

SANTÉ

Rapporteur spécial : M. Francis DELATTRE

(1) Cette commission est composée de : Mme Michèle André, présidente ; M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général ; Mme Marie-France Beaufils, MM. Yvon Collin, Vincent Delahaye, Mmes Fabienne Keller, Marie-Hélène Des Esgaulx, MM. André Gattolin, Jean Germain, Charles Guené, Francis Delattre, Georges Patient, vice-présidents ; MM. Michel Berson, Philippe Dallier, Dominique de Legge, François Marc, secrétaires ; MM. Philippe Adnot, François Baroin, Éric Bocquet, Yannick Botrel, Jean-Claude Boulard, Michel Bouvard, Michel Canevet, Vincent Capo-Canellas, Thierry Carcenac, Jacques Chiron, Serge Dassault, Éric Doligé, Philippe Dominati, Vincent Eblé, Thierry Foucaud, Jacques Genest, Alain Houpert, Jean-François Husson, Mme Teura Iriti, MM. Pierre Jarlier, Roger Karoutchi, Bernard Lalande, Marc Laménie, Antoine Lefèvre, Gérard Longuet, Hervé Marseille, François Patriat, Daniel Raoul, Claude Raynal, Jean-Claude Requier, Maurice Vincent, Jean Pierre Vogel, Richard Yung.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 2234, 2260 à 2267 et T.A. 420

Sénat : 107 et 108 à 114 (2014-2015)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL.....	5
PREMIERE PARTIE ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »	
I. UN PÉRIMÈTRE CHANGEANT, UNE RIGIDITÉ CROISSANTE.....	8
A. DES MODIFICATIONS RÉCURRENTES DE LA MAQUETTE BUDGÉTAIRE ET DU PÉRIMÈTRE DE LA MISSION « SANTÉ » DEPUIS 2009	8
B. LA MULTIPLICATION DES TRANSFERTS VERS L'ASSURANCE MALADIE	8
II. EN 2015, UNE MISSION QUI NE CONTRIBUE PAS À LA RÉDUCTION DES DÉPENSES DE L'ÉTAT	11
A. EN 2015, DES CRÉDITS EN HAUSSE DE 3,3 % À PÉRIMÈTRE CONSTANT	11
B. UNE ÉVOLUTION DE PLUS EN PLUS CONTRASTÉE DES DEUX PROGRAMMES DE LA MISSION	13
C. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS PRÉVUE JUSQU'EN 2017.....	14
III. DES DÉPENSES FISCALES GLOBALEMENT EFFICACES MAIS UNE RATIONALISATION TOUJOURS EN ATTENTE.....	15
DEUXIÈME PARTIE LES POINTS SAILLANTS DE LA MISSION « SANTÉ » EN 2015	
I. LA PARTICIPATION DES AGENCES SANITAIRES À L'EFFORT DE MAÎTRISE DES DÉPENSES	19
A. LE SUIVI DES NORMES FINANCIÈRES RELATIVES AUX OPÉRATEURS.....	19
1. Une baisse globale de 4,4 % des subventions pour charges de service public en 2015 et de 12,9 % à l'horizon 2017.....	19
2. Une diminution de 2 % des effectifs en 2015 et de 6,4 % à l'horizon 2017.....	23
B. LA RÉORGANISATION DU SYSTÈME D'AGENCES SANITAIRES : UN CHANTIER EN RETARD.....	25
1. Le dépôt tardif du projet de loi relatif à la santé.....	25
2. Des sources d'économies non identifiées.....	26

II. L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME) : UNE DÉPENSE DE GUICHET HORS DE CONTRÔLE	27
A. UN DISPOSITIF PARMI LES PLUS GÉNÉREUX EN EUROPE	27
1. <i>Les trois types d'aide médicale d'État</i>	27
2. <i>Un accès gratuit aux soins très large, comparativement aux dispositifs existants dans d'autres pays européens</i>	29
B. DES DÉPENSES D'AME DE DROIT COMMUN EN HAUSSE DE 90 % DEPUIS 2002, CONCENTRÉES DANS QUELQUES DÉPARTEMENTS	31
1. <i>Plus de 60 % des bénéficiaires situés en Île-de-France et en Guyane</i>	31
2. <i>L'évolution de long terme des dépenses et du nombre de bénéficiaires</i>	32
3. <i>En 2015, une hausse de 12 % des crédits destinés au financement de l'AME</i>	34
C. L'ABSOLUE NÉCESSITÉ DE RÉFORMER L'AME POUR GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE LA DÉPENSE	35
1. <i>Les tentatives de réforme de l'AME de droit commun</i>	35
2. <i>Une prise de conscience tardive et largement insuffisante du Gouvernement face à la hausse des dépenses</i>	37
3. <i>Agir sur les conditions d'accès : le levier le plus efficace pour infléchir la dépense tout en maintenant un accès minimal aux soins</i>	39
EXAMEN DE L'ARTICLE RATTACHÉ	41
• ARTICLE 59 sexies (Art. L. 253-3 du code de l'action sociale et des familles) Délai de facturation des séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME)	41
LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE	43
AMENDEMENTS PROPOSÉS PAR VOTRE COMMISSION DES FINANCES	45
EXAMEN EN COMMISSION	49

LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DE VOTRE RAPPORTEUR SPÉCIAL

Les crédits de la mission « Santé » s'élèvent à **1 205 millions d'euros** au titre de l'exercice 2015, soit **une augmentation de 3,3 % en 2015 à périmètre constant**.

1. Les **justifications des modifications de périmètre** de la mission « Santé » pour 2015 (notamment le transfert de la formation médicale initiale et la débudgétisation de la subvention à la Haute Autorité de santé) sont **insuffisantes**. Les transferts prévus vers la sécurité sociale ne peuvent uniquement être motivés par la clarification des compétences, la grande majorité des dispositifs portés par la mission étant cofinancés par la sécurité sociale. Ce raisonnement, s'il était suivi jusqu'au bout, impliquerait la disparition de la mission « Santé » du budget de l'État.

2. Au fil des ans, les changements de périmètre et de maquette tendent à **rigidifier l'architecture de la mission** entre, d'une part, le **programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »**, composé majoritairement de subventions pour charges de service public aux opérateurs sanitaires et de transferts aux agences régionales de santé (ARS) et, d'autre part, le **programme 183 « Protection maladie » regroupant des crédits d'intervention** destinés à l'AME. Cette structure laisse peu de marge de manœuvre au Parlement s'agissant des moyens affectés à la politique publique de santé et de sécurité sanitaire.

3. Au regard de son taux d'évolution à périmètre constant en 2015 (+ 3,3 %), **la mission « Santé » va au-delà de la norme de dépenses « zéro valeur »**, qui s'applique à l'ensemble des dépenses de l'État. Ainsi, prise dans son ensemble, la présente mission **ne contribue pas à la réalisation des 7,7 milliards d'euros d'économies fixés pour l'État en 2015**, dans le cadre du plan d'économies de 50 milliards d'euros pour la période 2015-2017.

4. La mission « Santé » se caractérise par **l'évolution contraire des dépenses de ses deux programmes (- 5,8 % pour le programme 204 et + 13,7 % pour le programme 183 à périmètre constant)**. Ce fort contraste s'explique par le dynamisme variable des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'intervention, en particulier des dépenses d'aide médicale d'État (AME).

5. La mission « Santé » ne participe pas à l'effort de redressement des comptes publics pour le prochain triennal. Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 indique que **le plafond de crédits de la mission progresserait de 2,2 % entre 2015 et 2017, et même de 5,2 % entre 2014 et 2017**.

6. **Sur les dix dépenses fiscales en vigueur rattachées à la mission, cinq ont été jugées inefficaces ou n'ont fait l'objet d'aucune évaluation**, parfois faute de capacité à estimer leurs montants. Le réexamen de ces dépenses fiscales doit constituer une priorité dans les années à venir, conformément aux règles de gouvernance des finances publiques fixées par la future loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

7. Les **baisses de subventions pour charges de service public proposées** pour 2015 apparaissent à la fois **conformes aux orientations fixées pour le triennal 2015-2017** et suffisamment prudentes, au regard du niveau des fonds de roulement des **opérateurs**. Ces derniers devront renforcer leurs efforts pour diminuer effectivement leurs dépenses de fonctionnement.

8. Louable dans son principe, **la réforme structurelle du système d'agences sanitaires n'est engagée que tardivement** par le Gouvernement et demeure très peu documentée, faisant ainsi peser **des doutes sur sa capacité à infléchir les dépenses de fonctionnement des opérateurs et à renforcer leur efficacité dans les trois années à venir.**

9. La justification des prévisions de dépenses d'AME, très succincte et peu crédible, fait **craindre une nouvelle sous-budgétisation de l'AME en 2015, en dépit de la hausse proposée de 12 %** par rapport aux crédits inscrits en loi de finances initiale pour 2014.

10. **La réforme de la tarification hospitalière et les rares initiatives prises jusqu'ici par le Gouvernement ne sont pas à la mesure du problème de maîtrise des dépenses d'AME.** Seule une réforme d'ampleur, modifiant par exemple les **conditions d'accès à l'AME de droit commun**, permettra de sortir de la spirale haussière des dépenses d'AME.

Au 10 octobre 2014, date limite, en application de l'article 49 de la LOLF, pour le retour des réponses du Gouvernement aux questionnaires budgétaires concernant le présent projet de loi de finances, 11 % des réponses portant sur la mission « Santé » étaient parvenues à votre rapporteur spécial. Ce taux était de 63 % au 20 octobre 2014.

PREMIERE PARTIE ANALYSE GÉNÉRALE DE LA MISSION « SANTÉ »

La mission « Santé » du budget général a un périmètre limité. **L'essentiel des actions sanitaires relève en effet du champ des lois de financement de la sécurité sociale.** La mission est composée de deux programmes :

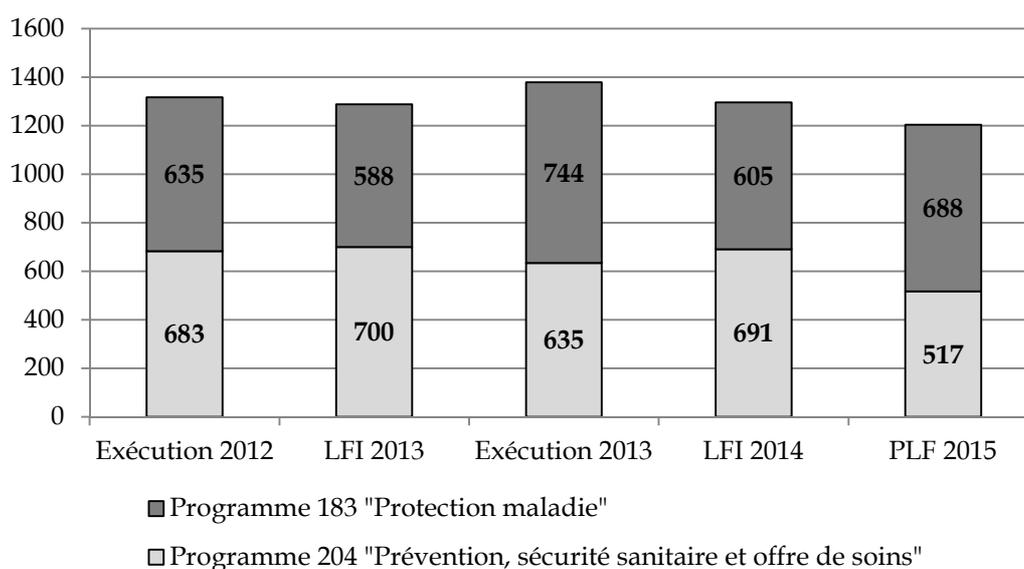
- le **programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »**, piloté par la direction générale de la santé. Représentant 43 % des crédits de la mission, il vise à développer la politique de prévention, à garantir la protection contre les risques sanitaires et à organiser une offre de soins de qualité sur tout le territoire ;

- le **programme 183 « Protection maladie »**, qui représente 57 % des crédits de la mission. Piloté par la direction de la sécurité sociale, il est **essentiellement consacré à l'aide médicale d'État (AME).**

La mission « Santé » ne comporte **pas de crédits de personnel** ; les crédits de rémunération des personnels concourant à la mise en œuvre des programmes de la mission sont regroupés au sein du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Graphique n° 1 : Évolution des crédits de la mission « Santé » par programme

(en millions d'euros)



Source : commission des finances du Sénat (à partir des données des projets annuel de performances (PAP) pour 2014 et 2015 et des rapports annuels de performance (RAP) de la mission « Santé » pour 2012 et 2013)

I. UN PÉRIMÈTRE CHANGEANT, UNE RIGIDITÉ CROISSANTE

A. DES MODIFICATIONS RÉCURRENTES DE LA MAQUETTE BUDGÉTAIRE ET DU PÉRIMÈTRE DE LA MISSION « SANTÉ » DEPUIS 2009

Entre 2009 et 2012, la mission « Santé » a connu **une phase d'accroissement de son périmètre**, en particulier sous l'effet :

- de l'intégration du programme 228 « Veille et sécurité sanitaires » issu de la mission interministérielle « Sécurité sanitaire » et du programme 183 « Protection maladie », auparavant rattaché à la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ». Ce **rassemblement des crédits « sanitaires »** au sein de la mission « Santé », en 2009, a entraîné une hausse d'environ **660 millions d'euros** des crédits dans le champ de la mission ;

- de la **recentralisation** progressive, à partir de 2010, des **compétences sanitaires des conseils généraux**, entraînant le transfert vers le programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire » de crédits en provenance de la dotation globale de fonctionnement de certains départements ;

- de la **budgétisation des ressources de la nouvelle Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** (+ 150 millions d'euros environ) en 2012.

En sens inverse, la loi de finances initiale pour 2014 est venue entériner la réduction du périmètre du programme 183 « Protection maladie » en **supprimant l'action 01 « Aide à l'accès à la protection maladie complémentaire »**. Cette action correspondait à la subvention d'équilibre versée par l'État au fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire dit « **fonds CMU-C** », remplacée par l'affectation directe de droits de consommation sur le tabac. Au vu des questions soulevées par cette débudgétisation et des récentes réformes de la CMU-C et de l'aide à la complémentaire santé (ACS), **la commission des finances du Sénat a demandé à la Cour des comptes de réaliser une enquête sur ce fonds**, en vertu de l'article 58-2° de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF). La date de remise de ce rapport est fixée au 31 mars 2015.

B. LA MULTIPLICATION DES TRANSFERTS VERS L'ASSURANCE MALADIE

En premier lieu, une modification importante du périmètre de la mission « Santé » est prévue au titre de l'exercice 2015. **Le financement de la formation médicale initiale**, regroupant principalement l'indemnisation des internes de médecine générale et de certaines spécialités en dehors de leur centre hospitalier universitaire (CHU) de rattachement, **est transféré de**

l'action n° 19 « Modernisation de l'offre de soins » du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » vers l'assurance maladie.

Ce transfert correspond à une dépense de **139 millions d'euros** pour l'année 2015 et fait l'objet d'une compensation à travers une majoration de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée par l'État à la sécurité sociale¹.

Le projet annuel de performances de la mission « Santé » ne fournit pas de justification à ce changement de mode de financement. La charte de budgétisation, figurant dans l'exposé général des motifs du présent projet de loi de finances, indique en revanche que **le transfert à l'assurance maladie des formations médicales « permet d'unifier les financements destinés aux formations médicales »**. En tout état de cause, les crédits destinés à la formation médicale initiale continueront de transiter par les Agences régionales de santé (ARS), responsables du versement des indemnités.

En second lieu, **quatre autres mesures de transfert vers la sécurité sociale ont un impact, plus marginal**, sur le périmètre de la mission « Santé » en 2015 :

- le transfert du financement des **centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)**² à l'assurance maladie, dans le cadre d'une fusion de ces centres avec les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), dont les missions sont complémentaires (incidence positive de 2,4 millions d'euros sur le périmètre de la mission) ;

- le financement intégral du **centre national de gestion des praticiens hospitaliers et de personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)** par l'assurance maladie. En 2014, l'État avait participé à hauteur de 3,7 millions d'euros au financement de cet opérateur, via le versement d'une subvention pour charges de service public³ ;

- la fin du cofinancement de l'**Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** par l'État et la sécurité sociale, en vue d'un financement intégral par l'assurance maladie. En 2014, l'État avait participé à hauteur de 3,3 millions d'euros au financement de cet opérateur, via le versement d'une subvention pour charges de service public⁴ ;

- de même, le principe du cofinancement de la **Haute Autorité de santé (HAS)** par l'État et par la sécurité sociale est abandonné par le présent projet de loi de finances, au profit d'un financement intégral par l'assurance maladie. La dotation versée par le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » à la HAS avait pourtant été augmentée de 10 millions d'euros en loi de finances initiale pour 2014, à la suite de la

¹ Cf. article 28 du projet de loi de finances pour 2015.

² Inscrit au sein de l'action n° 18 « Projets régionaux de santé » du programme 204.

³ Inscrite au sein de l'action n° 19 « Modernisation de l'offre de soins » du programme 204.

⁴ Inscrite au sein de l'action 19 « Modernisation de l'offre de soins » du programme 204.

budgetisation des taxes acquittées par les entreprises du secteur pharmaceutique et auparavant directement affectées à la HAS afin de renforcer l'indépendance de l'agence.

Ces trois derniers transferts relatifs au financement d'opérateurs sanitaires ne sont pas mentionnés dans la charte de budgetisation et aucune compensation au profit de la sécurité sociale n'est mentionnée dans les documents budgétaires. Le projet annuel de performances de la mission « Santé » se borne à indiquer que « *ce[s] transfert[s] vise[nt] à rationaliser les financements des opérateurs donnant lieu à cofinancement par l'État et l'assurance maladie* ».

Observation n° 1 : les justifications des modifications de périmètre de la mission « Santé » pour 2015 (notamment du transfert de la formation médicale initiale et la débudgetisation de la subvention à la Haute Autorité de santé) **sont insuffisantes**. Les transferts prévus vers la sécurité sociale ne peuvent uniquement être motivés par la clarification des compétences, la grande majorité des dispositifs portés par la mission étant cofinancés par la sécurité sociale. Ce raisonnement, s'il était suivi jusqu'au bout, impliquerait la disparition de la mission « Santé » du budget de l'État.

Observation n° 2 : au fil des ans, les changements de périmètre et de maquette tendent à rigidifier l'architecture de la mission entre, d'une part, le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », composé majoritairement de subventions pour charges de service public aux opérateurs sanitaires et de transferts aux ARS et, d'autre part, le programme 183 « Protection maladie » regroupant des crédits d'intervention destinés à l'AME. Cette structure laisse **peu de marge de manœuvre au Parlement** s'agissant des moyens affectés à la politique publique de santé et de sécurité sanitaire.

II. EN 2015, UNE MISSION QUI NE CONTRIBUE PAS À LA RÉDUCTION DES DÉPENSES DE L'ÉTAT

A. EN 2015, DES CRÉDITS EN HAUSSE DE 3,3 % À PÉRIMÈTRE CONSTANT

Le montant global des crédits inscrits dans la mission pour l'exercice 2015 est de **1 204 millions d'euros** en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP). Sans tenir compte des modifications de périmètre de la mission décrites précédemment, les crédits de la mission diminuent donc de 7 % par rapport au montant inscrit en loi de finances initiale (LFI) pour 2014.

Toutefois, **en « neutralisant » les mesures de périmètre** et en particulier le transfert à l'assurance maladie du financement de la formation médicale initiale, il apparaît que **l'enveloppe de la mission progresse de 3,3 % en 2015**.

Observation n° 3 : Au regard de son taux d'évolution à périmètre constant en 2015 (+ 3,3 %), la mission « Santé » va **au-delà de la norme de dépenses « zéro valeur »**, qui s'applique à l'ensemble des dépenses de l'État. Ainsi, prise dans son ensemble, la présente mission **ne contribue pas à la réalisation des 7,7 milliards d'euros d'économies fixés pour l'État en 2015**, dans le cadre du plan d'économies de 50 milliards d'euros pour la période 2015-2017.

Par ailleurs, il convient de rappeler **les difficultés de maîtrise des dépenses de la mission « Santé » observées l'année passée**. L'année 2013 a ainsi été marquée par une sur-exécution de 7 % des crédits de la mission par rapport à la prévision en loi de finances initiale et de 4,7 % par rapport à l'exécution 2012. Ce résultat était toutefois uniquement imputable aux dépenses d'aide médicale d'État (cf. *infra*).

**Tableau n° 1 : Évolution des crédits de la mission « Santé »
à périmètre courant et à périmètre constant (en AE = CP)**

(en millions d'euros)

	Périmètre courant			Périmètre constant		
	LFI 2014	PLF 2015	Évolution 2015/2014	LFI 2014	PLF 2015	Évolution 2015/2014
Programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »	690,57	516,98	- 25,1 %	690,57	650,66	- 5,8 %
Action 11 : Pilotage de la politique de santé publique	85,24	93,16	+ 9,3 %	85,24	93,16	+ 9,3 %
Action 12 : Accès à la santé et éducation à la santé	26,33	25,20	- 4,3 %	26,33	25,20	- 4,3 %
Action 13 : Prévention des risques infectieux et des risques liés aux soins	8,80	7,92	- 10,0 %	8,80	7,92	- 10,0 %
Action 14 : Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	65,85	62,15	- 5,6 %	65,85	62,15	- 5,6 %
Action 15 : Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation	21,03	18,10	- 13,9 %	21,03	18,10	- 13,9 %
Action 16 : Réponse aux alertes et gestion des urgences, des situations exceptionnelles et des crises sanitaires	18,17	11,56	- 36,4 %	18,17	11,56	- 36,4 %
Action 17 : Qualité, sécurité et gestion des produits de santé et du corps humain	144,85	138,60	- 4,3 %	144,85	138,6	- 4,3 %
Action 18 : Projets régionaux de santé	130,87	125,24	- 4,3 %	130,87	123,87	- 5,3 %
Action 19 : Modernisation de l'offre de soins	189,42	35,05	- 81,5 %	189,42	170,1	- 10,2 %
Programme 183 « Protection maladie »	604,90	687,55	+ 13,7 %	604,90	687,55	+ 13,7 %
Action 02 : Aide médicale de l'État	604,90	677,55	+ 12,0 %	604,90	677,55	- 12,0 %
Action 03 : Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	0,00	10,00	+ 100 %	0,00	10,00	+ 100 %
Total	1 295,47	1 204,53	- 7,0 %	1 295,47	1 338,22	+ 3,3 %

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données du PAP 2015 de la mission « Santé » et des réponses au questionnaire du rapporteur spécial)

B. UNE ÉVOLUTION DE PLUS EN PLUS CONTRASTÉE DES DEUX PROGRAMMES DE LA MISSION

La progression des crédits de la mission à périmètre constant s'explique par une évolution différenciée des deux programmes qui la constituent :

- **les crédits du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » diminuent de 5,8 % à périmètre constant** (c'est-à-dire sans tenir compte des différents transferts, et notamment de la formation médicale initiale vers l'assurance maladie). Toutes les actions du programme 204 sont concernées par cette baisse de crédits, à l'exception de l'action n° 11 relative au pilotage de la politique de santé publique. À titre de comparaison, la loi de finances initiale pour 2014 avait prévu une baisse de 2,5 % des crédits du programme (à périmètre constant) par rapport à la loi de finances initiale pour 2013 ;

- **les crédits du programme 183 « Protection maladie » augmentent de 13,7 % à périmètre constant**. Comparativement, les crédits prévus pour 2014 ne progressaient que de 2,9 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2013. Cette augmentation particulièrement forte des crédits du programme pour 2015 peut s'interpréter, de prime abord, comme la volonté de mettre fin à la situation récurrente de sous-budgétisation de ce programme. Elle reflète aussi la **volonté du Gouvernement de sanctuariser les dépenses d'intervention portées par ce programme**.

Les deux programmes de la mission « Santé » se distinguent en effet par la différence de nature de leurs dépenses. Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » est composé à 63 % de crédits de titre 3 (dépenses de fonctionnement) et à 47 % de crédits de titre 6 (dépenses d'intervention), tandis que le programme 183 « Protection maladie » regroupe exclusivement des crédits de titre 6. **Globalement, on observe que les dépenses de fonctionnement de la mission sont en baisse par rapport à la loi de finances initiale pour 2014 (- 4,5 %)**, tandis que les dépenses d'intervention ne diminuent qu'en apparence. **À périmètre constant**, en réintégrant notamment les dépenses de formation médicale initiale, **les crédits de titre 6 progressent en réalité d'environ 6 %** par rapport à 2014. Toutefois, les dépenses d'intervention n'évoluent pas de façon similaire au sein de chaque programme : celles-ci diminuent pour le programme 204 (- 7,0 %), tandis qu'elles augmentent pour le programme 183 (+ 13,7 %).

Tableau n° 2 : Évolution des crédits de la mission « Santé » par titre de dépenses à périmètre courant (en crédits de paiement)

(en millions d'euros)

	Exécution 2013	LFI 2014	PLF 2015	Évolution 2015/2014
Programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »				
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	305,24	343,68	328,06	- 4,5 %
Titre 6. Dépenses d'intervention	329,76	346,89	188,92	- 45,5 %
<i>Neutralisation des mesures de périmètre en 2015</i>	-	346,89	322,61	- 7,0 %
Programme 183 « Protection maladie »				
Titre 6. Dépenses d'intervention	0,16	604,90	687,55	+ 13,7 %
Mission « Santé »				
Titre 3. Dépenses de fonctionnement	305,40	343,68	328,06	- 4,5 %
Titre 6. Dépenses d'intervention	1073	951,79	876,47	- 7,9 %
<i>Neutralisation des mesures de périmètre en 2015</i>	-	951,79	1 010,16	+ 6,1 %

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données du rapport annuel de performances (RAP) et des PAP 2014 et 2015 de la mission « Santé »)

Observation n° 4 : la mission « Santé » se caractérise par l'évolution contraire des dépenses de ses deux programmes (- 5,8 % pour le programme 204 et + 13,7 % pour le programme 183 à périmètre constant). Ce fort contraste s'explique par le dynamisme variable des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'intervention, en particulier des dépenses d'aide médicale d'État (AME).

C. UNE AUGMENTATION DES CRÉDITS PRÉVUE JUSQU'EN 2017

L'article 13 du projet de loi de programmation des finances publiques (LPPF) pour les années 2014 à 2019 arrête, pour les exercices 2015 à 2017, les plafonds des crédits alloués à la mission « Santé ». Ces derniers progressent de 1,20 milliard d'euros en 2015 à 1,23 milliard d'euros en 2017, soit une évolution de + 2,2 % sur le triennal.

Tableau n° 3 : Plafonds des crédits de la mission « Santé » dans le cadre du budget triennal 2015-2017⁽¹⁾

(en millions d'euros)

LFI 2014 (au format 2015) ⁽²⁾	PLF 2015	2016	2017
1 170	1 205	1 224	1 231

(1) Les plafonds de la mission « Santé » sont présentés hors contribution directe de l'État au compte d'affectation spéciale « Pensions », comme les autres missions du budget général.

(2) Le format 2015 de la mission tient compte des mesures de périmètre et des transferts ayant un impact sur la mission « Santé » en 2015.

Source : PAP de la mission « Santé » pour 2015

Le projet annuel de performances de la présente mission ne présente pas les facteurs pris en compte pour la construction de cette trajectoire. Aussi est-il difficile de porter un jugement tout à fait éclairé sur la programmation retenue.

On peut toutefois observer que **l'objectif de stabilisation des crédits** de la présente mission retenu par la loi de programmation précédente, pour les années 2012 à 2017, **est officiellement abandonné** pour le prochain triennal.

Observation n° 5 : la mission « Santé » ne participe pas à l'effort de redressement des comptes publics pour le prochain triennal. Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 indique que **le plafond de crédits de la mission progresserait de 2,2 % entre 2015 et 2017**, et même de 5,2 % entre 2014 et 2017.

III. DES DÉPENSES FISCALES GLOBALEMENT EFFICACES MAIS UNE RATIONALISATION TOUJOURS EN ATTENTE

Les dépenses fiscales rattachées à la mission « Santé » sont estimées à environ **3,3 milliards d'euros pour 2015**, soit une baisse de 3,7 % par rapport à l'estimation actualisée pour 2014. Cette diminution s'explique principalement par l'extinction de la déduction d'impôt sur les sociétés pour les mutuelles et les institutions de prévoyance effectuant des dotations sur un compte de réserve spéciale de solvabilité¹.

¹ Cf. article 217 septdecies du code général des impôts prévoyant une déduction à hauteur de 60 % du résultat imposable pour l'exercice ouvert en 2012 et à 40 % pour l'exercice ouvert en 2013.

En 2014, la forte progression des dépenses fiscales de la présente mission (+ 36 %) est principalement imputable à l'augmentation des dépenses liées au **taux « super-réduit » de 2,1 % de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur les médicaments remboursables** ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation et aux produits sanguins. Cette augmentation du coût de la dépense fiscale est la conséquence directe de la modification des modalités de calcul de la dépense fiscale à la suite de la hausse du taux réduit de TVA sur les médicaments de 7 % à 10 % au 1^{er} janvier 2014¹. L'accroissement du coût de cette dépense fiscale n'apparaît pas problématique dans la mesure où celle-ci a été **jugée efficace par le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales** en 2011 : ce dispositif « *permet d'alléger les charges de l'assurance maladie sur les produits remboursés tout en bénéficiant également aux malades les plus modestes qui ne disposent pas d'une complémentaire santé* »².

Trois autres dépenses fiscales de la mission « Santé » ont reçu le score maximal de 3 – correspondant aux dépenses les plus efficaces et efficientes – par le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales :

- le taux réduit de 10 % de TVA sur les prestations de soins dispensées par les établissements thermaux autorisés ;
- la déduction forfaitaire d'impôt sur le revenu au titre du groupe III pour inciter les médecins au conventionnement avec la sécurité sociale ;
- l'exonération d'impôt sur le revenu pour les victimes de l'amiante.

Au total, environ 80 % du montant des dépenses fiscales rattachées au programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » ont donc été jugées efficaces (avec un score compris entre 1 et 3).

¹ Pour calculer la dépense fiscale, il est appliqué à l'assiette hors taxe des médicaments remboursables le différentiel de TVA entre la norme fiscale de référence (soit 10 % au 1^{er} janvier 2014) et le taux « super-réduit » de 2,1 %.

² Rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, 2011.

Tableau n° 4 : Liste des dépenses fiscales rattachées à la mission « Santé » en 2015

(en millions d'euros)

Dépense fiscale sur impôt d'État	Exécution 2013	Chiffrage pour 2014	Chiffrage pour 2015	Évaluation ⁽¹⁾
Taux de 2,1 % sur les médicaments remboursables ou soumis à autorisation temporaire d'utilisation	1 540	2 465	2 455	3
Exonération des indemnités journalières servies au titre des maladies « longues et coûteuses »	350	365	380	0
Taux de 10 % sur les prestations de soins dispensées en établissements thermaux	32	26	26	3
Exonération d'IR de la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins dans certaines zones rurales ou urbaines	16	16	16	1
Déduction forfaitaire au titre du groupe III déclarée par les médecins conventionnés	9	9	9	3
Exonération des plus-values à l'occasion de la reconversion des débits de boissons	2	2	2	-
Exonération de taxe sur la publicité télévisée sur les messages passés pour le compte d'œuvres d'utilité publique	nc	nc	nc	-
Total dépenses rattachées au programme 204	1 949	2 883	2 888	
Exonération totale puis à hauteur de 50 % des indemnités aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles	370	370	370	0
Réserve spéciale de solvabilité constituée par les mutuelles et unions	180	130	-	-
Exonération des indemnités versées aux victimes de l'amiante	8	10	9	3
Déduction de l'actif successoral des rentes ou indemnités versées en réparation de dommages corporels liés à un accident ou une maladie	nc	nc	nc	-
Total dépenses rattachées au programme 183	558	510	379	
Total dépenses rattachées à la mission	2 507	3 393	3 267	

nc : chiffre non connu

(1) Des scores allant de 0 à 3 sont attribués à chaque dépense fiscale. 0 désigne une dépense inefficace, puis les niches efficaces sont notées de 1 à 3 selon leur efficacité, 3 constituant le score maximum. Un tiret (-) indique qu'aucune évaluation n'a été réalisée.

Source : PAP de la mission « Santé » pour 2015

En revanche, d'autres dépenses fiscales de la mission « Santé » avaient été mal notées par le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales (par exemple l'exonération d'impôt sur le revenu pour les indemnités journalières servies au titre des maladies « longues et coûteuses ») ou bien n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation. **Pour ces dépenses fiscales considérées comme inefficaces ou non évaluées, aucun examen n'a été effectué.** L'article 18 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 fixe pourtant une obligation d'évaluation de 20 % des dépenses fiscales et des niches sociales existantes chaque année.

Des **conférences fiscales** – rassemblant la direction de la législation fiscale et les ministères concernés – ont certes été **mises en place depuis 2013**. Dans les réponses au questionnaire budgétaire relatif à la présente mission, le ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes indique avoir « *pris pleinement part* » à ces conférences, « *qui ont donné lieu à des échanges particulièrement intéressants et constructifs* » et « *ont permis aux différents acteurs de mieux connaître le montant des dépenses fiscales associées aux programmes ainsi que leur efficacité* ». Toutefois, à l'issue de la conférence fiscale de mai 2014, il a uniquement été proposé de maintenir les dépenses fiscales existantes. Par ailleurs, l'article 23 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 propose uniquement d'évaluer les créations ou extensions de dépenses fiscales introduites à compter du 1^{er} janvier 2015.

Observation n° 6 : sur les dix dépenses fiscales en vigueur rattachées à la mission, cinq ont été jugées inefficaces ou n'ont fait l'objet d'aucune évaluation, parfois faute de capacité à estimer leurs montants. Le réexamen de ces dépenses fiscales doit constituer une priorité dans les années à venir, conformément aux règles de gouvernance des finances publiques fixées par la future loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019¹.

¹ L'article 22 du projet de LPFP pour les années 2014 à 2019 prévoit la mise en place d'une revue de dépenses, intégrant les dépenses budgétaires et les dépenses fiscales ; ce dispositif pourrait constituer un cadre propice de réexamen à ces dépenses fiscales.

DEUXIÈME PARTIE LES POINTS SAILLANTS DE LA MISSION « SANTÉ » EN 2015

I. LA PARTICIPATION DES AGENCES SANITAIRES À L'EFFORT DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

En 2015, le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » financera **huit opérateurs** de l'État participant à la mise en œuvre des politiques nationales de prévention et de sécurité sanitaire¹ pour un **montant total de subventions pour charges de service public de 301 millions d'euros**. Comme les années précédentes, des efforts spécifiques sont demandés aux opérateurs sanitaires en termes de dépenses de fonctionnement et de réduction des effectifs mais ce dans **un contexte de flou quant à leur éventuelle restructuration** dans le cadre du projet de loi relatif à la santé.

A. LE SUIVI DES NORMES FINANCIÈRES RELATIVES AUX OPÉRATEURS

1. Une baisse globale de 4,4 % des subventions pour charges de service public en 2015 et de 12,9 % à l'horizon 2017

Le présent projet loi de finances prévoit de **réduire de 4,4 % l'ensemble des subventions pour charges de service public** allouées aux opérateurs sanitaires à partir du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » par rapport aux montants inscrits en loi de finances initiale pour 2014 (à périmètre constant). Le principe d'un taux de réduction des subventions pour charges de service public d'au moins 2 % en 2015, fixé par la **lettre de cadrage du Premier ministre** du 7 mai 2014, est ainsi respecté.

En outre, selon les informations communiquées à votre rapporteur spécial, la baisse des subventions devrait se poursuivre sur le triennal 2015-2017 et largement dépasser les objectifs fixés par la lettre de cadrage du Premier ministre. Les montants de subventions pour charges de service public versés aux opérateurs sanitaires devraient ainsi **diminuer de 12,9 % en 2017 par rapport aux montants inscrits en loi de finances initiale pour 2014**.

¹ Soit deux opérateurs de moins qu'en 2014 en raison du financement intégral du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) et de l'agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH) par l'assurance maladie à compter de 2015.

Tableau n° 5 : Évolution des subventions pour charges de service public du programme 204 pour le triennal 2015-2017⁽¹⁾

	PLF 2015	2016	2017
Objectifs de la lettre de cadrage du 7 mai 2014	- 2,0 %	- 4,0 %	- 6,0 %
Programme 204	- 4,4 %	- 6,2 %	- 12,9 %

(1) Par rapport aux montants inscrits en LFI pour 2014.

Source : réponse au questionnaire budgétaire de la mission « Santé »

Le taux global d'évolution des subventions pour charges de service public de - 4,4 % en 2015 masque toutefois une réalité très différente selon les opérateurs. La relative bonne « performance » des opérateurs du programme 204 pris dans leur ensemble est en effet principalement imputable à la **très forte baisse (- 38,2 %) de la subvention versée à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)**, responsable de la gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves. Selon le projet annuel de performances de la présente mission, le montant de 10,7 millions d'euros alloué à l'EPRUS tient compte « des économies réalisées par l'établissement sur le dispositif de stockage, sur le programme de rationalisation du renouvellement des produits et sur ses dépenses de fonctionnement ainsi que de l'objectif de diminution du niveau de son fonds de roulement prévisionnel à horizon 2015 ». Depuis 2011, l'EPRUS a en effet rationalisé le renouvellement des stocks de produits de santé afin de lisser les acquisitions sur plusieurs exercices et d'optimiser la programmation budgétaire, tout en tenant compte de la période de validité maximale des produits. Il convient toutefois de noter que le fonds de roulement de l'EPRUS a déjà fortement diminué au cours de cette année ; celui-ci devrait atteindre 19 millions d'euros fin 2014 contre 63,5 millions d'euros fin 2013 (hors gestion des stocks de produits de santé).

L'école des hautes études en santé publique (EHESP) verra quant à elle sa subvention pour charges de service public diminuer de 3,8 % (soit 400 000 euros) compte tenu des économies attendues sur les dépenses de fonctionnement de l'établissement.

Après une baisse de 5 millions d'euros entre la loi de finances initiale pour 2013 et la loi de finances initiale pour 2014, la subvention pour charges de service public versée à **l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** diminuera de 4 millions d'euros en 2015 par rapport aux montants inscrits en loi de finances initiale pour 2014. Là encore, des économies sur les dépenses de fonctionnement – notamment en matière d'achats, d'immobilier et de fonctions support – sont attendues de la part de l'opérateur.

**Tableau n° 6 : Subventions pour charges de service public
versées aux opérateurs du programme 204**

(en millions d'euros)

Opérateurs	Exécution 2013	LFI 2014	PLF 2015	Variation 2015/2014
Agence de biomédecine (ABM)	13,6	15,1	14,9	- 1,3 %
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	116,4	123,3	119,3	- 3,2 %
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ⁽¹⁾	13,3	13,7	13,6	- 0,7 %
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	2,8	3,3	-	-
Centre national de gestion (CNG)	3,2	3,7	-	-
École des hautes études en santé publique (EHESP) ⁽¹⁾	10,3	10,4	10,0	- 3,8 %
Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	15,2	17,3	10,7	- 38,2 %
Institut national du cancer (INCa)	52,3	55,6	54,2	- 2,5 %
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	12,9	24,1	24,0	- 0,4 %
Institut de veille sanitaire (InVS) ⁽¹⁾	53,7	55,5	54,3	- 2,2 %
Total	293,7	322,0	301,0	- 6,5 %
Neutralisation des transferts⁽²⁾	-	315,0	301,0	- 4,4 %

(1) L'ANSES, l'EHESP et l'InVS reçoivent également des subventions pour charges de service public d'autres programmes ne relevant pas de la mission « Santé ».

(2) À compter de l'exercice 2015, l'ATIH et le CNG seront intégralement financés par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données du PAP de la mission « Santé » pour 2015)

En dépit de la baisse annoncée des crédits alloués aux opérateurs de la mission, il convient de souligner que **les montants de subventions prévus par la présente loi de finances (301 millions d'euros au total) seront supérieurs aux montants effectivement versés en 2013** (environ 294 millions d'euros).

En effet, **au titre de l'exercice 2013, la somme des subventions pour charges de service public a été inférieure de 11 % aux crédits votés**, à la suite de l'annulation de la réserve de précaution et des crédits ayant fait l'objet d'un « surgel ». La masse salariale des opérateurs ayant tout de même augmenté (+ 3,2 %) ainsi que les autres dépenses de fonctionnement (+ 9 %), les opérateurs ont dû puiser dans leurs fonds de roulement. Selon les données transmises par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, les prélèvements sur les fonds de roulement des agences

sanitaires seraient encore plus importants en 2014. Face à des fonds de roulement proches des niveaux prudentiels, les opérateurs sanitaires devront donc intensifier leurs efforts de rationalisation des dépenses sur la période 2015-2017.

Tableau n° 7 : Niveaux des fonds de roulement des opérateurs du programme 204

(en millions d'euros)

Opérateurs	Au 31/12/2013	Au 31/12/2014	Variation 2014/2013
Agence de biomédecine (ABM)	10,8	8,2	- 24,1 %
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)	42,6	16,5	- 61,3 %
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ⁽¹⁾	21,4	17,7	- 17,3 %
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	5,1	4,8	- 5,9 %
Centre national de gestion (CNG)	14,3	13,7	- 4,2 %
École des hautes études en santé publique (EHESP) ⁽¹⁾	15,9	9,1	- 42,8 %
Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	63,5	19,0	- 70,1 %
Institut national du cancer (INCa)	42,4	33,6	- 20,8 %
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	17,9	9,7	- 45,8 %
Institut de veille sanitaire (InVS) ⁽¹⁾	18,4	3,7	- 79,9 %
Total	252,3	122,3	- 51,5 %

Source : réponse au questionnaire budgétaire de la mission « Santé »

Observation n° 7 : les baisses de subventions pour charges de service public proposées pour 2015 apparaissent à la fois conformes aux orientations fixées pour le triennal 2015-2017 et suffisamment prudentes, au regard du niveau des fonds de roulement des opérateurs. Ces derniers devront renforcer leurs efforts pour diminuer effectivement leurs dépenses de fonctionnement.

2. Une diminution de 2 % des effectifs en 2015 et de 6,4 % à l'horizon 2017

En 2015, la diminution des subventions pour charges de service public s'accompagne d'une baisse des plafonds d'autorisation d'emplois de l'ordre de 2 % tous opérateurs confondus. De 2 579 équivalents temps pleins travaillés (ETPT) autorisés en loi de finances initiale pour 2014, le plafond d'emplois rémunérés par les opérateurs du programme 204 est ramené à 2 2527 ETPT en 2015, ce qui correspond à la **suppression de 52 emplois**. Cet effort est équivalent à celui demandé dans le cadre de la loi de finances initiale pour 2014 mais il est désormais **réparti entre huit opérateurs** contre dix en 2014.

La réduction du plafond d'autorisation d'emplois des opérateurs de la mission « Santé » devrait être prolongée dans le cadre de la programmation pluriannuelle des finances publiques 2015-2017 afin de respecter l'**objectif de réduction des effectifs des opérateurs de 2 % par an en moyenne**.

Tableau n° 8 : Évolution des effectifs des opérateurs du programme 204 en ETPT pour le triennal 2015-2017⁽¹⁾

	PLF 2015	2016	2017
Objectifs de la lettre de cadrage du 7 mai 2014	- 2,0 %	- 4,0 %	- 6,0 %
Programme 204	- 2,0 %	- 4,2 %	- 6,4 %

(1) Par rapport aux plafonds inscrits en LFI pour 2014.

Source : réponse au questionnaire budgétaire de la mission « Santé »

En tout état de cause, le détail des plafonds d'autorisations d'emplois pour 2015 indique que l'EHESP et l'Institut de veille sanitaire (InVS) seront les opérateurs sanitaires les plus touchés par la baisse des effectifs, avec une diminution respective de douze et de dix ETPT.

S'agissant des emplois hors plafond, le projet annuel de performances de la présente mission indique qu'ils correspondent pour la plupart à des emplois contractés dans le cadre de projets de recherche et, pour une part résiduelle, à des contrats aidés¹.

¹ Seuls quatre contrats aidés sont prévus en 2015 par l'ANSM après la suppression de six contrats aidés par l'EHESP d'ici la fin de l'année 2014.

Tableau n° 9 : Emplois des opérateurs rémunérés par le programme 204

(en ETPT)

Opérateurs	Exécution 2013	LFI 2014	PLF 2015	Variation 2015/2014
Agence de biomédecine (ABM)				
Emplois sous plafond	258	256	251	- 2,0 %
<i>Emplois hors plafond</i>	11	15	16	
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)				
Emplois sous plafond	1007	1 003	983	- 2,0 %
<i>Emplois hors plafond</i>	10	6	6	
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)				
Emplois sous plafond	107	112	111	- 0,9 %
<i>Emplois hors plafond</i>	0	2	2	
Centre national de gestion (CNG)				
Emplois sous plafond	116	119	117	- 1,7 %
<i>Emplois hors plafond</i>	0	0	0	
École des hautes études en santé publique (EHESP)				
Emplois sous plafond	338	337	329	- 2,4 %
<i>Emplois hors plafond</i>	48	64	71	
Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)				
Emplois sous plafond	34	30	30	0,0 %
<i>Emplois hors plafond</i>	0	0	0	
Institut national du cancer (INCa)				
Emplois sous plafond	155	154	151	- 1,9 %
<i>Emplois hors plafond</i>	10	10	12	
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)				
Emplois sous plafond	136	129	127	- 1,6 %
<i>Emplois hors plafond</i>	4	4	5	
Institut de veille sanitaire (InVS)				
Emplois sous plafond	377	402	392	- 2,5 %
<i>Emplois hors plafond</i>	6	9	9	
Total sous plafond	2 566	2 579	2 527	- 2,0 %
Total emplois hors plafond	89	110	121	

Source : PAP de la mission « Santé » pour 2015

B. LA RÉORGANISATION DU SYSTÈME D'AGENCES SANITAIRES : UN CHANTIER EN RETARD

1. Le dépôt tardif du projet de loi relatif à la santé

Annoncée il y a plus d'un an dans le cadre du lancement de la stratégie nationale de santé, la réforme du réseau d'agences sanitaires – dont la plupart sont rattachées à la présente mission – ne s'est pas encore concrétisée. Le constat selon lequel le système actuel d'agences sanitaires, construit par sédimentation, en réponse aux crises sanitaires successives, est complexe et peu lisible est pourtant largement partagé.

Des avancées sont néanmoins attendues dans le courant de l'année 2015. Le **projet de loi relatif à la santé, présenté le 15 octobre 2014** en Conseil des ministres, comporte en effet un article sollicitant l'habilitation du Parlement à **procéder par voie d'ordonnance afin de réformer le système d'agences sanitaires**¹. La demande d'habilitation porte notamment sur :

- le renforcement de la coordination des opérateurs sanitaires afin de « réaffirmer la tutelle de l'État sur ses opérateurs »² ;

- la facilitation de la mutualisation de fonctions transversales d'appui ou de soutien entre agences sanitaires « dans le cadre de la politique d'optimisation budgétaire de l'État »³ ;

- **la création d'un nouvel établissement public dénommé Institut national de prévention, de veille et d'intervention publique, issu de la fusion de l'INPES, de l'InVS et de l'EPRUS**. Le dossier de presse du projet de loi relatif à la santé indique que « *ce nouvel institut, actuellement en phase de préfiguration, doit permettre une plus grande efficacité dans la mise en œuvre des politiques de prévention et d'éducation à la santé et une bonne articulation entre la veille sanitaire et l'intervention opérationnelle en santé publique. Cet institut permettra également une plus grande mutualisation des compétences et de l'expertise dans ces domaines* ». Cette réforme s'inspire des propositions de Jean-Yves Grall, ancien directeur général de la santé, qui, dans un rapport relatif à la réorganisation des vigilances sanitaires⁴, préconisait une refonte de l'expertise sanitaire à l'échelon national autour de l'ANSM, qui serait l'agence « pivot », et de l'InVS, qui ferait office de « vigie ».

¹ Cf. article 42 du projet de loi de santé.

² Évaluation préalable annexée au projet de loi relatif à la santé.

³ Ibid.

⁴ Jean-Yves Grall, Rapport de mission de la direction générale de la santé « Réorganisation des vigilances sanitaires », juillet 2013.

2. Des sources d'économies non identifiées

Le projet annuel de performances de la mission « Santé » pour 2015 ne mentionne que de façon laconique l'impact attendu du projet de loi relatif à la santé, et en particulier de la création du nouvel Institut national de prévention, de veille et d'intervention sanitaire sur les opérateurs de la mission. Aussi, est-il seulement indiqué que « *l'EPRUS, l'INPES et l'InVS seront associés au projet de recomposition du système d'agences sanitaires et sociales, engagée à l'occasion de la loi de santé, dans le but d'optimiser son coût de fonctionnement* »¹.

Extrait de l'évaluation préalable de l'article 42 du projet de loi relatif à la santé

III. 1. IMPACTS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

Ce projet de meilleure coordination du système d'agences sanitaires et celui de la réorganisation de l'ensemble de ce système se feront, en cible, dans le respect des plans d'économie du Gouvernement, tant en matière d'effectifs que de moyens globaux de l'ensemble des structures publiques concernées.

Les aspects sociaux liés à la création du nouvel institut, et concernant les personnels de ces différents établissements (changement de fonctions ou de lieu de travail, départs,...) seront évalués et gérés de façon très suivie.

Les dispositions nouvelles relatives à l'ANSM et à l'EFS, permettront de redéployer des ressources humaines de ces opérateurs vers d'autres missions et, en particulier, d'optimiser les activités des Établissements de transfusion sanguine au plus près des besoins territoriaux.

L'évaluation préalable annexée au projet de loi relatif à la santé – dont l'analyse des impacts économiques et sociaux est retranscrite dans l'encadré ci-dessus – ne fournit que peu d'informations supplémentaires. Celle-ci laisse penser que les objectifs de baisse des subventions pour charges de service public et des effectifs des opérateurs pour la période 2015-2017 ne seront pas remis en cause par la réforme. Aucune quantification des économies à attendre du projet de fusion de l'EPRUS, de l'INPES et de l'InVS ou des autres éléments de la réforme n'est fournie.

¹ PAP de la mission « Santé » pour 2015.

Observation n° 8 : louable dans son principe, la réforme structurelle du système d'agences sanitaires n'est engagée que tardivement par le Gouvernement et demeure très peu documentée, faisant ainsi peser des doutes sur sa capacité à infléchir les dépenses de fonctionnement des opérateurs et à renforcer leur efficacité dans les trois années à venir.

II. L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME) : UNE DÉPENSE DE GUICHET HORS DE CONTRÔLE

Depuis la disparition de la subvention versée par l'État au fonds CMU-C, les dépenses relatives à l'aide médicale d'État (AME) représentent quasiment la totalité des crédits du programme 183 « Protection maladie ». Ainsi, en 2015, sur les 687,5 millions d'euros du programme, **678 millions d'euros sont destinés au financement de l'AME**, les 10 millions d'euros restants correspondant à la subvention de l'État au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)¹.

A. UN DISPOSITIF PARMIS LES PLUS GÉNÉREUX EN EUROPE

1. Les trois types d'aide médicale d'État

Souvent désignée au singulier, l'aide médicale d'État (AME) recouvre en réalité les dispositifs suivants :

- **l'AME de droit commun**, qui assure la couverture des soins des **personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois** de façon ininterrompue et remplissant des **conditions de ressources** identiques à celles fixées pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)². **Financièrement à la charge de l'État, l'AME de droit commun est gérée par l'assurance maladie**. Il convient de préciser que l'AME de droit commun ne concerne pas les demandeurs d'asile qui ont accès à la CMU de base et complémentaire sur présentation de leur récépissé de demande d'asile³ ;

- **l'AME pour soins urgents** concerne les étrangers en situation irrégulière ne justifiant pas de la condition de résidence nécessaire pour bénéficier de l'AME de droit commun et nécessitant des soins urgents « dont

¹ Le FIVA est principalement financé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

² Soit 720 euros par mois pour une personne seule en métropole au 1^{er} juillet 2014 et 801 euros dans les départements d'outre-mer (DOM).

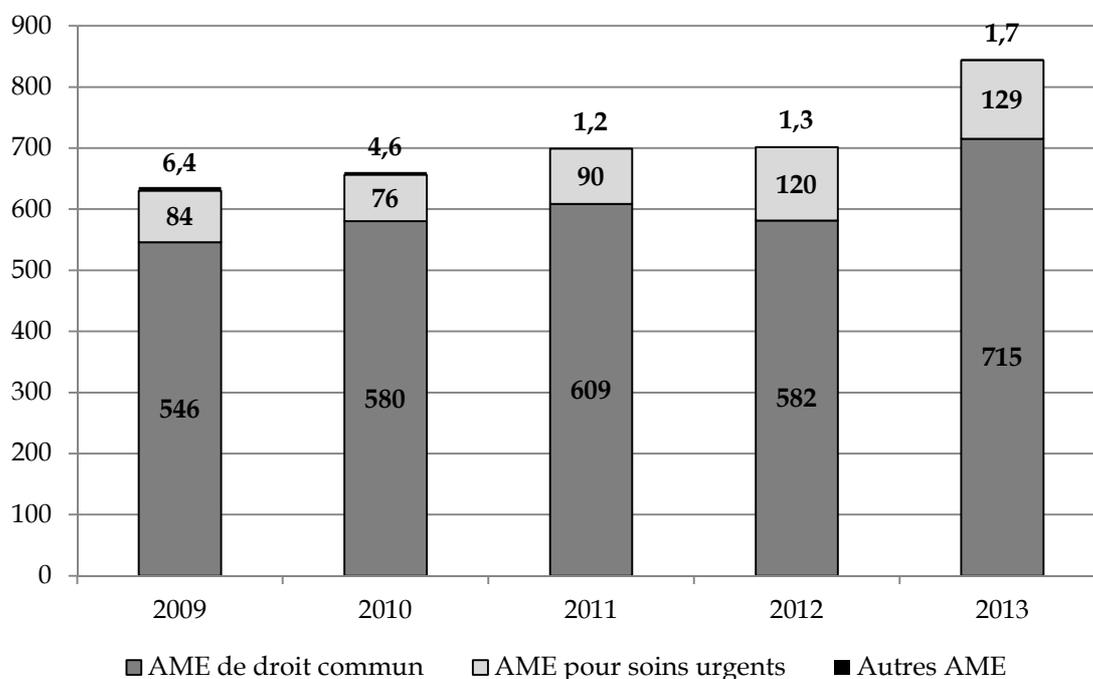
³ À l'exception des demandeurs d'asile en procédure prioritaire ou en procédure « Dublin » qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale et peuvent donc bénéficier de l'AME de droit commun.

l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître »¹. Ces soins sont pris en charge par l'assurance maladie, qui reçoit une subvention forfaitaire de l'État fixée à 40 millions d'euros depuis plusieurs années ;

- l'AME dite « humaine », accordée au cas par cas pour les personnes ne résidant pas habituellement sur le territoire français (personnes étrangères en situation régulière ou françaises) par décision individuelle du ministre compétent. Ce dispositif de prise en charge, qui n'a pas le caractère d'un droit pour les personnes soignées, représente chaque année moins d'une centaine d'admissions pour soins hospitaliers.

Graphique n° 2 : Répartition des dépenses d'AME entre 2009 et 2013⁽¹⁾

(en millions d'euros)



⁽¹⁾ Données relatives à l'exécution des dépenses.

Source : commission des finances du Sénat (d'après les données des RAP de la mission « Santé » pour 2009, 2010, 2011, 2012 et 2013)

Par ailleurs, l'action n° 02 « Aide médicale d'État » du programme 183 « Protection maladie » recouvre également d'autres dispositifs connexes tels que les **évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte** vers des hôpitaux de la Réunion ou de la métropole et les frais pharmaceutiques et soins infirmiers des **personnes gardées à vue**.

¹ Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Au total, les dépenses publiques – prises en charge par l'État et l'assurance maladie - relatives aux différents dispositifs d'AME ont atteint 846 millions d'euros en 2013¹, soit une progression de 20,3 % par rapport à 2012.

2. Un accès gratuit aux soins très large, comparativement aux dispositifs existants dans d'autres pays européens

La question de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et de leur prise en charge financière est assez peu documentée ; il n'existe pas d'étude exhaustive sur ce sujet. Pourtant, **la plupart des États de l'Union européenne (UE) permettent l'accès aux soins des personnes dépourvues de titre de séjour régulier sur le territoire, gratuitement ou non.**

Selon les informations transmises par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et les informations collectées par l'Agence des droits fondamentaux de l'UE², sur une sélection de douze pays **seuls trois (France, Belgique et Italie) autorisent l'accès à des soins de santé sans frais au-delà des services d'urgence, sous certaines conditions.** L'Agence des droits fondamentaux de l'UE souligne toutefois qu'il existe parfois un décalage entre les législations nationales et la pratique, avec certains obstacles à l'accès, telle que la condition de résidence.

Il ressort de l'analyse des dispositifs existants à l'étranger que **l'AME en vigueur en France se distingue par le caractère très large de l'accès aux soins gratuits** qu'elle garantit pour les étrangers en situation irrégulière. **L'Espagne, qui disposait jusqu'à il y a peu d'un dispositif proche de celui existant en France, a revu drastiquement les conditions d'accès aux soins gratuits pour ces populations en 2012, principalement en réponse à la crise financière affectant le pays.**

¹ Montant relatif à l'exécution 2013.

² Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans dix pays de l'Union européenne, 2011.

L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière dans quelques pays de l'UE

- Allemagne

Les étrangers en situation irrégulière se voient appliquer la législation relative aux demandeurs d'asile. Ces personnes ont droit, en cas de **grossesse, de maladie grave ou lorsque l'état de la personne nécessite une intervention médicale urgente**, à des « **prestations médicale de base** » (consultations médicales, soins dentaires, approvisionnement en médicaments et vaccins, examens et traitement préventifs).

Ces soins peuvent, dans certains cas, être réalisés gratuitement mais à la condition que les personnes dépourvues de titre de séjour se signalent ensuite aux autorités. Certaines initiatives locales ont toutefois vu le jour pour créer un titre d'accès aux soins anonymisé. De plus, certains Länder étudient la mise en place de fonds spécifiques, financés par des taxes ou des dons, afin de prendre en charge les frais médicaux des étrangers en situation irrégulière.

- Belgique

Les personnes en situation irrégulière considérées comme « indigentes » peuvent bénéficier de l'**aide médicale urgente (AMU)** auprès du centre public d'action sociale (CPAS) dont ils relèvent. Les soins sont alors **dispensés gratuitement**, l'État fédéral remboursant aux CPAS les dépenses engagées. Chaque CPAS possède toutefois ses propres procédures et définitions du degré d'indigence (ressources etc.).

Par ailleurs, les **enfants âgés de six ans ou moins ont droit à un accès gratuit aux soins préventifs** (dont les vaccinations) auprès de l'Office de la naissance et de l'enfance, tandis que le reste des **mineurs étrangers non accompagnés** peuvent bénéficier des **mêmes droits à l'assurance maladie que les nationaux**, à condition d'être inscrits dans un établissement scolaire depuis au moins trois mois.

- Danemark

Toute personne résidant de manière irrégulière au Danemark n'a **en principe pas droit d'accéder au système de santé**. Toutefois, les ambiguïtés des différentes législations applicables peuvent conduire de fait à la délivrance de soins, notamment pour les soins d'urgence. **Le paiement des soins d'urgence concernant les étrangers, quel que soit leur statut est pris en charge par l'État**. Par ailleurs, la **médecine préventive** et sa prise en charge sont étendues aux **mineurs résidant de façon irrégulière sur le territoire** (soins courants, vaccinations, examens préventifs etc.).

- Espagne

Il existait un dispositif d'accès aux soins gratuit pour les étrangers en situation irrégulière sur le territoire espagnol jusqu'en 2012. **Le décret royal de réforme du système sanitaire, entré en vigueur le 24 avril 2012, a toutefois exclu de l'assistance sanitaire gratuite et publique les étrangers en situation irrégulière**, dans le but d'empêcher le tourisme sanitaire et de réaliser des économies. La Cour des comptes espagnole a évalué les dépenses de santé en faveur des étrangers en situation irrégulière à 451 millions d'euros en 2009.

Désormais, **les personnes souhaitant avoir accès au système de soins public doivent s'acquitter au préalable d'une somme d'environ 700 euros par an pour les moins de 65 ans et de 1 850 euros pour les plus de 65 ans.** L'accès gratuit au système sanitaire reste toutefois complet **pour les mineurs, les femmes enceintes et pour les soins urgents.** Face aux critiques concernant la prise en charge des malades chroniques (maladies infectieuses, insuffisance rénale etc.), le gouvernement espagnol a récemment annoncé que ces personnes pourraient, dans certaines conditions, continuer de recevoir des soins dans le système public mais selon des modalités propres à chaque communauté autonome.

- Italie

Les étrangers en situation irrégulière peuvent solliciter un « code d'étranger temporairement présent » (STP), valable six mois et renouvelable permettant l'**accès aux soins urgents ou « essentiels »** (définition beaucoup plus large, comprenant la médecine préventive, les soins prénataux, les accouchements, les soins pour les enfants, les vaccinations et le traitement des maladies infectieuses). Les enfants, inclus dans la carte STP de leurs parents, ont quant à eux accès aux mêmes soins que les enfants de nationaux.

S'agissant des frais médicaux, **le titulaire du code STP ne paie que le reste à charge.** Toutefois, en cas d'absence de ressources, la personne est considérée comme « indigente » ; les dépenses sont alors prises en charge par le ministère de l'Intérieur et par le Fonds sanitaire national ou régional pour les soins urgents et essentiels.

- Royaume-Uni

Après une première restriction, en 2004, des soins fournis gratuitement aux étrangers en situation irrégulière par le *National Health Service* (NHS) aux soins hospitaliers urgents, la **loi sur l'immigration du 10 octobre 2013** a introduit une condition de preuve de résidence sur le territoire britannique avant de pouvoir accéder au système de santé public ainsi que le paiement d'un droit d'accès spécifique (*Health Surcharge*). Ainsi, **pour tous les étrangers, qu'ils soient en situation régulière ou non**, le principe est aujourd'hui celui d'un **accès payant au NHS.**

Source : ministère de la santé, des affaires sociales et des droits des femmes ; House of Commons library, NHS charges for overseas visitors, octobre 2013

B. DES DÉPENSES D'AME DE DROIT COMMUN EN HAUSSE DE 90 % DEPUIS 2002, CONCENTRÉES DANS QUELQUES DÉPARTEMENTS

1. Plus de 60 % des bénéficiaires situés en Île-de-France et en Guyane

Les étrangers en situation irrégulière pris en charge au titre de l'AME ne sont pas répartis de façon homogène sur le territoire français. Environ **55 % d'entre eux résident en Île-de-France, dont 20 % à Paris et 16 % en Seine-Saint-Denis.**

Le nombre de bénéficiaires est également très important en **Guyane**, où résident environ **6 % des effectifs.** Notre collègue député Claude Goasguen, rapporteur spécial de la mission « Santé » sur le projet de loi de finances pour 2014, avait appelé à juste titre l'attention des pouvoirs

publics sur la situation en Guyane, où résident un nombre important de ressortissants du Suriname en situation irrégulière, ainsi que sur la hausse importante des effectifs que pourrait entraîner le déploiement de l'AME à Mayotte.

Les données relatives à la répartition géographique des dépenses confirment cette forte concentration : sur les 106 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ou caisses générales de sécurité sociale – chargées de gérer le dispositif – **dix caisses concentrent 69 % de la dépense d'AME de droit commun**. La répartition de la dépense est ainsi proche de celle des effectifs avec 25 % de la dépense enregistrée à la CPAM de Paris, 56 % dans les CPAM d'Île-de-France et 6 % dans celle de Cayenne.

2. L'évolution de long terme des dépenses et du nombre de bénéficiaires

Depuis l'entrée en vigueur du dispositif en 2001, les dépenses d'AME ont crû chaque année à un rythme soutenu, en particulier pour l'AME de droit commun. Aussi, **entre 2002 et 2013, les dépenses d'AME de droit commun sont passées de 377 millions d'euros à 715 millions d'euros, soit une progression de près de 90 %**.

Le **rythme de progression** des dépenses d'AME de droit commun d'une année sur l'autre apparaît **très irrégulier**. Après un recul de 4 % en 2012, un rebond de 23 % a été observé en 2013.

Tableau n° 10 : Évolution des dépenses d'AME de droit commun

(montants en millions d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (p)	2015 (p)
Montant	546	580	609	582	715	605	678
Progression annuelle	+ 13,3 %	+ 7,4 %	+ 4,9 %	- 4,0 %	+ 22,9 %	- 15,4 %	+ 12 %

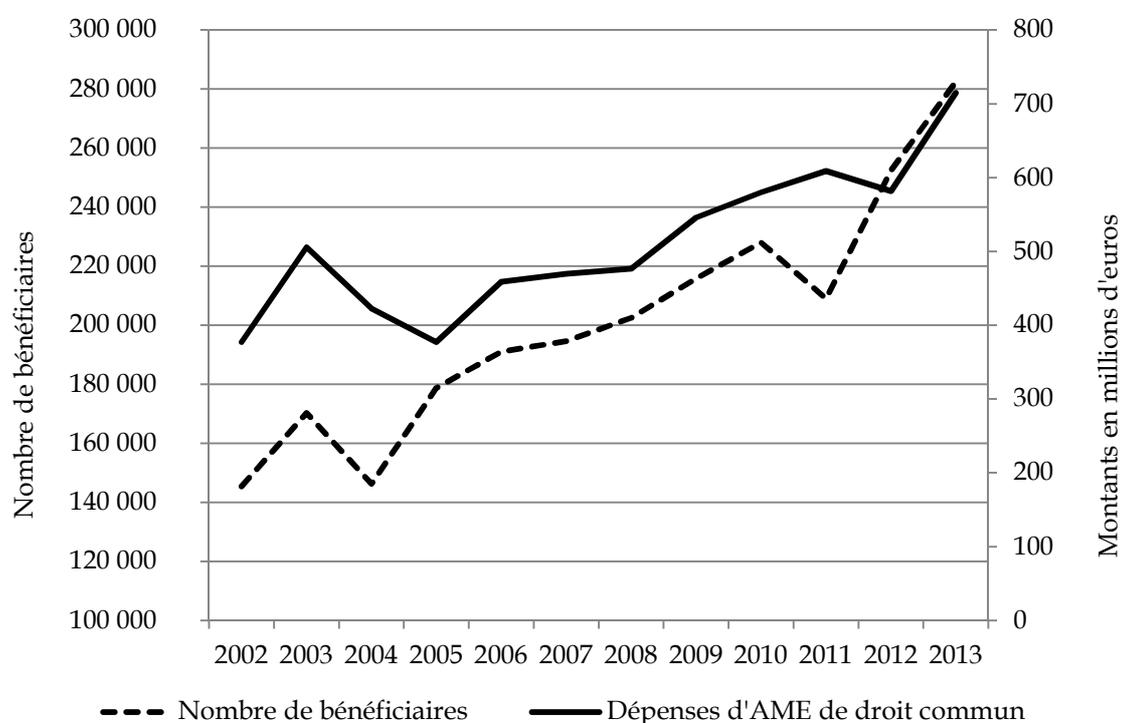
(p) : prévision correspondant au montant inscrit en loi de finances initiale de l'année.

Source : commission des finances du Sénat (à partir des données des RAP et des PAP de la mission « Santé »)

S'agissant du **nombre de bénéficiaires**, celui-ci a quasiment été **multiplié par trois entre 2001 et 2013**. De moins de 100 000 bénéficiaires lors de la création de l'AME, ils étaient au nombre de **282 425 au 31 décembre 2013** pour l'AME de droit commun. Les personnes prises en charge sont pour la plupart **des personnes seules (82 %)**, **majoritairement des hommes (57 %)**, **plutôt jeunes** (19 % sont des mineurs et 40 % ont entre 18 et 35 ans).

Le projet annuel de performances de la présente mission pour 2015 ne fournit aucune information sur l'évolution du nombre de bénéficiaires dans le courant de l'année 2014, alors même que les documents budgétaires des années précédentes fournissaient les effectifs à la date du 31 mars de l'année en cours. À la date du 17 octobre 2014, aucune réponse n'avait été fournie à votre rapporteur spécial à ses demandes concernant l'actualisation du nombre de bénéficiaires figurant dans le questionnaire relatif à la mission « Santé ».

Graphique n° 3 : Évolution comparée du coût et du nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun



Source : commission des finances du Sénat (à partir des données des RAP de la mission « Santé » de 2006 à 2013 et des PAP pour 2014 et 2015)

Au-delà de ces grandes tendances d'évolution, **les déterminants précis de la dépense d'AME demeurent mal connus**. En 2010, l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales constataient que la forte croissance des dépenses d'AME observée en 2009 et en 2010 ne s'expliquait pas par une évolution massive du nombre de bénéficiaires¹. Dans le droit fil de cette analyse, la direction de la sécurité sociale, responsable du pilotage du dispositif, considérait donc que l'évolution des dépenses observée entre 2011 et 2012 s'expliquait par

¹ Inspection générale des finances et inspections générales des affaires sociales, Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État, novembre 2010.

l'augmentation de la durée ou de la gravité des séjours, sans corrélation avec l'évolution du nombre de bénéficiaires.

Or les données analysées par l'Agence technique de l'information et de l'hospitalisation montrent qu'**en 2013 l'augmentation des dépenses a été étroitement corrélée à l'évolution du nombre de bénéficiaires**, le coût par patient demeurant stable (aux alentours de 2 500 euros par personne par an).

Enfin, s'agissant de la structure des soins, la **proportion des dépenses hospitalières dans la dépense totale d'AME** demeure relativement stable, aux alentours de **70 %**, en dépit de la réforme de la tarification hospitalière mise en place en 2012 et de la forte proportion de bénéficiaires recourant aux soins de ville. Parmi les dépenses de soins de ville (29 % des dépenses totales), les deux postes principaux sont les honoraires des médecins généralistes et spécialistes (29 %) et les médicaments et dispositifs médicaux (41 %).

3. En 2015, une hausse de 12 % des crédits destinés au financement de l'AME

Le présent projet de loi de finances propose de doter l'action n° 02 du programme 183 « Protection maladie » relative à l'AME de **678 millions d'euros en AE et en CP, soit une progression de 12 % par rapport aux crédits votés en loi de finances initiale pour 2014**. Ces crédits se décomposent en :

- une dotation budgétaire de **632,6 millions d'euros pour l'AME de droit commun** ;
- une dotation forfaitaire de **40 millions d'euros** à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) afin de financer les **soins urgents** ;
- **4,9 millions** d'euros destinés au financement des autres types d'AME. Les crédits relatifs à l'AME dite « humanitaire » sont délégués aux services déconcentrés concernés (directions chargées de la protection sociale), chargés du paiement direct et ponctuel pour les prises en charge exceptionnelles.

Le projet annuel de performances de la présente mission justifie la **prévision de dépenses d'AME de droit commun** par l'impact conjugué :

- de **l'évolution tendancielle de la dépense, estimée à 717 millions d'euros pour 2015**, soit une progression de seulement 0,3 % par rapport à l'exécution 2013. Il est précisé que « *cette estimation prend en compte la forte hausse de la dépense constatée en 2013 (715 millions d'euros soit + 23 % par rapport à 2012). Cette estimation retient également l'hypothèse d'une même évolution tendancielle des effectifs de bénéficiaires de l'AME que celle observée entre 2008 et 2013, soit + 3,9 % en moyenne chaque année, et d'une stabilité des coûts moyens des dépenses de santé prises en charge, liée aux mesures*

d'économie générale visant à contenir les dépenses dans le cadre de l'objectif national d'assurance maladie (ONDAM). Elle intègre en outre l'annulation, à compter du 1^{er} janvier 2015 du coefficient de majoration des tarifs hospitaliers sur le champ médecine chirurgie obstétrique qui avait été instauré en 2012 lors de la réforme de la tarification des séjours hospitaliers¹ » ;

- des **économies attendues au titre de la fin de la prise en charge des médicaments dont le service médical rendu est faible** (à hauteur d'environ 5 millions d'euros) ;

- et de la **réduction des effectifs résultant de la mise en œuvre de la réforme du droit d'asile.**

Plusieurs éléments peuvent mettre en doute la **fiabilité de cette prévision**. Tout d'abord, l'hypothèse d'évolution des effectifs de + 3,9 % apparaît faible au regard de l'évolution constatée entre 2013 et 2012 (+ 12 %) et ne tient pas compte des premières données pour l'année 2014. De plus, il semble très peu probable que le projet de loi relatif à la réforme du droit d'asile, dont l'examen commence seulement en octobre en commission à l'Assemblée nationale, puisse être adopté suffisamment tôt pour avoir un impact significatif en 2015. On pourrait même craindre que l'accélération du traitement des demandes en stock n'entraîne une hausse, à court terme, des bénéficiaires de l'AME dans la mesure où les personnes déboutées du droit d'asile pourraient se tourner vers l'AME si elles décidaient de rester en France en situation irrégulière. Par ailleurs, l'hypothèse d'une stabilité des coûts moyens des dépenses de santé est en décalage flagrant avec le taux d'évolution de l'ONDAM pour 2015 (+ 2,1 %).

Observation n° 9 : la justification des prévisions de dépenses d'AME, très succincte et peu crédible, fait **craindre une nouvelle sous-budgétisation de l'AME en 2015, en dépit de la hausse proposée de 12 % par rapport aux crédits inscrits en loi de finances initiale pour 2014.**

C. L'ABSOLUE NÉCESSITÉ DE RÉFORMER L'AME POUR GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE LA DÉPENSE

1. Les tentatives de réforme de l'AME de droit commun

Face à la croissance des dépenses d'AME, **la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finance pour 2011** avait introduit, à l'initiative des

¹ Le passage d'un coefficient de 1,3 à 1,15 au 1^{er} janvier 2014 puis à 1,0 au 1^{er} janvier 2015 entraînerait une réduction de la dépense tendancielle de 26 millions d'euros en 2014 puis de 29 millions d'euros supplémentaires en 2015.

députés de la majorité de l'époque, une série de dispositions visant à réformer l'AME, dont deux mesures emblématiques : l'introduction d'un **droit de timbre de trente euros** pour accéder à l'AME de droit commun et la mise en place d'**une procédure d'agrément des CPAM pour la réalisation de certains actes hospitaliers coûteux**.

Ces deux mesures n'ont trouvé à s'appliquer que pendant une année et demie, celles-ci ayant été **abrogées par le Gouvernement issu des urnes en juillet 2012**¹.

Avec le recul, le bilan de la mise en œuvre du droit de timbre et de la procédure d'agrément préalable semble mitigé. Le droit de timbre a procuré une recette relativement modeste (environ 5,5 millions d'euros) sans empêcher les dépenses de progresser de 4,9 % en 2011 alors même que les effectifs connaissaient une baisse sensible (- 8,4 %). La direction de la sécurité sociale explique ce phénomène par l'augmentation du coût moyen d'un bénéficiaire de l'AME lié à l'aggravation des pathologies et à un déport vers des soins hospitaliers en raison de prises en charge plus tardives. La procédure d'agrément pour la délivrance des soins hospitaliers coûteux a quant à elle été abrogée avant sa mise en œuvre effective. Cette disposition s'est en effet avérée très complexe à appliquer, tant par les hôpitaux que par les CPAM, et induisait une charge de gestion importante.

En outre, les mesures introduites en loi de finances initiale pour 2011 avaient été complétées par la **réforme des modalités de tarification des prestations hospitalières** introduite par la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011. Cette réforme, consistant en un alignement progressif des modalités de tarification spécifique à l'AME sur les tarifs nationaux appliqués pour les prestations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), sera **pleinement effective au 1^{er} janvier 2015**. En 2012, **129 millions d'euros d'économies étaient attendues** sur les soins hospitaliers effectués dans le cadre de l'AME. Les réalisations n'ont toutefois pas été à la hauteur des attentes : la réforme de la tarification hospitalière a induit des effets de décalage de la facturation, entraînant une croissance des dépenses de 40 millions d'euros en 2013, et **les économies seraient seulement de 55 millions d'euros sur l'AME de droit commun en 2015**, bien en-deçà des 129 millions d'euros annoncés initialement. Même si les dépenses hospitalières représentent 70 % des dépenses d'AME, il donc est clair aujourd'hui que la réforme de la tarification hospitalière ne sera pas suffisante pour maîtriser les futures dépenses d'AME.

¹ Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

2. Une prise de conscience tardive et largement insuffisante du Gouvernement face à la hausse des dépenses

Entendue par la commission des finances le 3 juin 2014, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, a admis la nécessité de lutter contre les éventuels « abus » en matière d'AME et a annoncé le lancement de travaux afin d'améliorer les données statistiques et, éventuellement, de renforcer les dispositifs de contrôle, en particulier pour lutter contre les phénomènes de « filières » pouvant exister à Paris. Toutefois, en dépit des demandes de votre rapporteur spécial dans le cadre de son questionnaire budgétaire, aucune donnée précise n'a été transmise concernant ces phénomènes.

Le projet annuel de performances de la présente mission ne mentionne pas les travaux lancés par la ministre concernant l'AME pour soins urgents. Toutefois, l'article 49 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 introduit **une réforme de la tarification hospitalière applicable pour l'AME soins urgents** afin de faire converger celle-ci avec la tarification utilisée pour l'AME de droit commun. Selon l'évaluation préalable annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, cette mesure permettrait de réaliser 46 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie en 2015 et 50 millions d'euros en 2017.

S'agissant de la **lutte contre la fraude en matière d'AME**, le Gouvernement a diligenté de **nouveaux travaux pour mieux comprendre le phénomène**. Les premiers résultats indiquent que les fraudes à l'AME sont :

- dans 63 % des fraudes relatives aux conditions de ressources ;
- dans 25 % des cas des fraudes aux conditions de résidence ;
- dans 5 % des cas, une fraude à l'identité.

Il convient par ailleurs de préciser que 160 agents environ sont spécifiquement chargés de mener des contrôles *a priori* au moment du dépôt de la demande d'AME et des contrôles *a posteriori* pour plus de 280 000 bénéficiaires.

Force est de constater que la prise de conscience du Gouvernement intervient bien trop tard, alors même que les dépenses ont progressé de plus de 20 % depuis 2012, et que les réponses proposées jusqu'ici semblent insuffisantes.

Extrait du compte-rendu de l'audition de Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits de femme, devant la commission des finances du Sénat – 3 juin 2014

« Pour ce qui est du budget de l'État, vous soulignez, monsieur le sénateur, l'augmentation très forte des dépenses liées à l'aide médicale d'État. C'est incontestable, et nous avons constaté en 2013 un fort dépassement par rapport à l'objectif, puisque nous avons prévu une dépense de 588 millions d'euros et que les dépenses constatées seront à l'arrivée de 744 millions d'euros !

Oui, la hausse constatée est liée à la forte poussée du nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État, et nous n'avions pas anticipé une augmentation aussi forte du nombre de bénéficiaires. Je veux dire les choses très simplement : **je considère qu'il y a des débats autour de l'aide médicale d'État qui n'ont pas lieu d'être ! C'est un dispositif qui, en termes de santé publique, répond tout à fait à l'exigence que nous devons avoir**, non seulement pour apporter des soins aux personnes concernées, mais également pour éviter la propagation de certaines maladies sur le territoire national.

C'est pourquoi, lorsque la majorité précédente a instauré un droit de timbre pour entrer dans ce dispositif, les professionnels de santé, les représentants des médecins, les ordres professionnels, ont marqué leur désapprobation et leur inquiétude, car nous savons qu'il est préférable que les personnes malades puissent accéder à des soins de façon rapide si nous voulons éviter la propagation des maladies.

Pour autant - et je le dis sans difficultés - nous devons évidemment, en matière d'aide médicale d'État, comme de tout dispositif social, **lutter contre les abus qui pourraient être constatés** ou qui pourraient exister. De ce point de vue, je souhaite que nous poursuivions les contrôles engagés, qui existent dans les différentes caisses primaires d'assurance maladie. À partir de 2015, nous allons disposer des premières statistiques qui vont permettre de comparer les taux d'acceptations ou de refus de l'aide médicale d'État caisse par caisse, ce qui permettra éventuellement **d'identifier s'il existe ou non un recours excessif à ce dispositif sur certaines parties du territoire et d'homogénéiser les pratiques observées dans les différentes caisses.**

Par ailleurs, je veux dire ma préoccupation face à l'existence de ce qui peut apparaître comme **des filières de personnes étrangères venant se faire soigner dans certains hôpitaux français**, en particulier à Paris. Ceci nécessite d'enclencher très rapidement un travail diplomatique de coopération internationale avec les pays d'origine. Nous pouvons par exemple aider ces pays à disposer des traitements nécessaires sur leur territoire, pour éviter que ne se mettent en place des filières de malades qui viennent se faire soigner chez nous.

De plus, j'ai commandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) un rapport sur le dispositif de soins urgents, qui est aujourd'hui une porte d'entrée dans notre système de soins pour des personnes qui ne remplissent pas les conditions pour être prises en charge dans l'AME de droit commun. »

3. Agir sur les conditions d'accès : le levier le plus efficace pour infléchir la dépense tout en maintenant un accès minimal aux soins

Le bilan globalement négatif des différentes réformes de l'AME, la forte croissance du nombre de bénéficiaires observée ces deux dernières années et les comparaisons européennes semblent indiquer que **seule une refonte d'ampleur de l'AME permettra de contenir, voire de réduire cette dépense.**

Si la suppression de l'AME n'apparaît pas opportune, tant d'un point de vue sanitaire, que d'un point de vue humanitaire, votre rapporteur spécial considère qu'une révision des conditions d'accès à l'AME de droit commun est nécessaire.

Observation n° 10 : la réforme de la tarification hospitalière et les rares initiatives prises jusqu'ici par le Gouvernement ne sont pas à la mesure du problème de maîtrise des dépenses d'AME. **Seule une réforme d'ampleur**, modifiant par exemple les conditions d'accès à l'AME de droit commun, **permettra de sortir de la spirale haussière des dépenses d'AME.**

EXAMEN DE L'ARTICLE RATTACHÉ

ARTICLE 59 *sexies*

(Art. L. 253-3 du code de l'action sociale et des familles)

Délai de facturation des séjours hospitaliers des bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME)

Commentaire : le présent article prévoit de réduire de deux ans à un an, à compter du 1^{er} janvier 2015, le délai durant lequel les établissements de santé peuvent présenter à l'assurance maladie leurs demandes de paiement pour les prestations fournies au titre de l'aide médicale d'État (AME).

I. LE DROIT EXISTANT

L'article 62 de la **loi de financement de la sécurité sociale pour 2012**¹ a fixé à un an le délai durant lequel les établissements de santé peuvent demander le remboursement d'une prestation à l'assurance maladie. La période d'un an est comptabilisée à compter de la fin du séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes, à compter de la date de réalisation de l'acte.

Cette disposition, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, permet d'améliorer les conditions de suivi de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dans le domaine hospitalier.

Pour les **actes et séjours hospitaliers réalisés au titre de l'aide médicale d'État (AME)**, l'article L. 253-3 du code de l'action sociale et des familles prévoit actuellement un **délai de deux ans à compter de l'acte générateur** pour présenter les demandes de paiement. Cette règle entraîne un décalage entre les dépenses constatées par l'État, sur la base des demandes de remboursement de l'assurance maladie, et l'exercice auquel elles se rapportent. Pour l'année 2013, près d'un quart de la dépense constatée par l'État correspond ainsi à des exercices précédents. Les **factures de plus d'un an** représentent environ **1,5 % de la dépense**.

II. LE DISPOSITIF ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Le présent article a pour objet de compléter l'article L. 253-3 du code de l'action sociale et des familles par un nouvel alinéa visant à **aligner le**

¹ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

délaï de demande de paiement des établissements de santé au titre des patients bénéficiaires de l'AME, fixé à deux ans selon le droit en vigueur, sur le délaï de facturation de droit commun, c'est-à-dire un an.

Cette limitation du délaï de facturation concerne uniquement les prestations fournies par les établissements de santé, qui se sont élevées à 508 millions d'euros en 2013 sur les 714 millions d'euros de dépenses au titre de l'AME de droit commun.

Le délaï de demande de paiement reste fixé à deux ans pour les soins réalisés en médecine de ville.

III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES FINANCES

La limitation du délaï de facturation des soins hospitaliers réalisés au bénéfice des titulaires de l'AME est la bienvenue. Comme la réforme des modalités de tarification des prestations hospitalières introduite par la loi du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011¹, la mesure proposée par le présent article s'inscrit dans le **processus de « normalisation » de l'AME, en alignant ses règles sur le droit commun.**

En matière de gestion, la fixation d'un délaï unique devrait simplifier la tâche des hôpitaux. Surtout, cette mesure **facilitera le pilotage budgétaire** en permettant d'identifier plus précisément les dépenses se rattachant à chaque exercice. Cet élément apparaît essentiel pour mieux connaître les déterminants de la dépense d'AME et, *in fine*, pouvoir formuler des propositions afin de la maîtriser.

À court terme, cette mesure aura pour conséquence d'accélérer le rythme de facturation, ce qui devrait entraîner, selon le Gouvernement, **une anticipation des dépenses de 7 millions d'euros sur l'exercice 2015.** Toutefois, dès 2016, la diminution du délaï de facturation permettrait de réaliser une économie nette de 0,8 million d'euros. Malgré l'inconvénient d'un surcroît de dépenses sur l'exercice 2015, **cette mesure apparaît souhaitable pour améliorer la gestion de l'AME.**

Par ailleurs, votre commission a adopté **un amendement rédactionnel** au présent article.

Décision de votre commission : votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Article 50 de la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011.

LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

I. LES MODIFICATIONS DE CRÉDITS

L'Assemblée nationale a, en seconde délibération, **adopté un amendement du Gouvernement** conduisant à **minorer de 4 millions d'euros** en AE et en CP les crédits de la mission. Cette baisse se répartit de la façon suivante :

- 3 millions d'euros en AE et en CP sur le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ». Cette diminution des crédits concerne les opérateurs sanitaires, qui devront poursuivre leurs efforts de « rationalisation »;

- 1 million d'euros en AE et CP sur le programme 183 « Protection maladie ». Cette baisse serait imputable au renforcement des contrôles et de la lutte contre la fraude au titre de l'aide médicale d'État de droit commun.

II. ARTICLE RATTACHÉ ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

L'Assemblée nationale a, en première délibération, adopté un amendement tendant à insérer **un article additionnel (59 *sexies*)**. Celui-ci est commenté plus haut dans la rubrique « Examen de l'article rattaché ».

AMENDEMENTS PROPOSÉS PAR
VOTRE COMMISSION DES FINANCES



PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2015

ARTICLES DEUXIÈME PARTIE
MISSION « SANTÉ »

A M E N D E M E N T

présenté par
M. Francis DELATTRE
Rapporteurs spécial

ARTICLE 32
État B

Mission « Santé »

Modifier ainsi les crédits des programmes :

(en euros)

Programmes	Autorisations d'engagement		Crédits de paiement	
	+	-	+	-
Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins				
Protection maladie		156 000 000		156 000 000
TOTAL				
SOLDE	- 156 000 000		- 156 000 000	

OBJET

Cet amendement a pour objet de **diminuer les crédits de paiement et les autorisations d'engagement du programme n° 183 « Protection maladie » de la mission « Santé » de 156 millions d'euros**, afin de ramener les moyens alloués à l'aide médicale d'État (AME) de droit commun au niveau de leurs dépenses constatées en 2008.

Le coût de l'AME de droit commun, qui constitue le principal dispositif d'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière, **progresses à un rythme insoutenable** : les dépenses enregistrées par l'assurance maladie et financées par l'État au titre de cette aide ont augmenté de 50 % entre 2008 et 2013.

Le présent projet de loi de finances propose, au sein de l'action n° 02 relative à l'AME, une dotation budgétaire de 632,6 millions d'euros pour l'AME de droit commun. Pourtant, le projet de loi de finances rectificative pour 2014, adopté en Conseil des ministres le 12 novembre dernier, prévoit d'ouvrir 155,1 millions d'euros supplémentaires pour couvrir les besoins additionnels constatés pour l'AME de droit commun, portant ainsi le montant des crédits alloués à l'AME de droit commun à 760,1 million d'euros en 2014.

Le Gouvernement indique que la sur-exécution des dépenses d'AME de droit commun est due à l'augmentation du nombre de bénéficiaires. Ce constat vient confirmer l'idée selon laquelle **un recentrage de l'AME sur les soins urgents et de prévention ainsi que sur les publics les plus fragiles est nécessaire pour en maîtriser le coût**.

Plusieurs pays européens ont récemment réformé leurs dispositifs d'accès aux soins en faveur des étrangers en situation irrégulière, en particulier l'Espagne (instauration d'un droit d'accès annuel de 700 à 1 850 euros) et le Royaume-Uni (accès payant au *National Health Service*). **La France est aujourd'hui l'un des derniers pays de l'Union européenne à offrir un accès gratuit à un panier de soins aussi large**, à tous les étrangers en situation irrégulière résidant en France de façon ininterrompue depuis plus de trois mois et remplissant certaines conditions de ressources.

Plusieurs **pistes de réforme de l'AME de droit commun**, s'inspirant notamment des exemples étrangers, permettraient de réaliser le montant d'économies proposé par le présent amendement, telles que :

- le recentrage de l'accès gratuit à tous les soins sur les publics vulnérables (femmes enceintes et mineurs) ;
- pour les autres catégories de demandeurs, l'instauration d'une participation annuelle ou mensuelle d'un montant significatif pour accéder à l'AME de droit commun ou encore le paiement du reste à charge de certains frais médicaux.

Dans tous les cas, **l'AME pour soins urgents**, dont les dépenses se sont élevées à 129 millions d'euros en 2013, **serait maintenue**. De plus, un dispositif spécifique **de prise en charge intégrale des soins de prophylaxie** pourrait être introduit afin de prévenir l'apparition ou la propagation des maladies infectieuses.

Le présent amendement, en proposant une diminution significative des crédits destinés à l'AME, traduit donc **une volonté de rénovation profonde du dispositif**, sans pour autant nier la nécessité du maintien d'un accès aux soins urgents pour les étrangers en situation irrégulière.

Les propositions de réforme de l'AME évoquées précédemment pourraient faire l'objet d'un examen plus approfondi dans le cadre d'une **mission d'information** que le Sénat mettrait prochainement en place.



PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2015

ARTICLES DEUXIÈME PARTIE
MISSION « SANTÉ »

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Francis DELATTRE

Rapporteurs spécial

ARTICLE 59 SEXIES

I. – Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

1° Les mots : « en paiement » sont remplacés par les mots : « de paiement », les mots : « , établissements de santé » sont supprimés, le mot : « doivent » est remplacé par le mot : « sont » et le mot : « être » est supprimé.

II. – Alinéa 4

1° Remplacer les mots :

en paiement

par les mots :

de paiement

et le mot :

doivent

par le mot :

sont ;

2° Supprimer le mot :

être.

OBJET

Amendement rédactionnel.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 22 octobre 2014, sous la présidence de Mme Michèle André, présidente, la commission a procédé à l'examen du rapport de M. Francis Delattre, rapporteur spécial, sur la mission « Santé ».

M. Francis Delattre, rapporteur spécial. – La mission « Santé » est une petite mission qui représente environ 1,2 milliard d'euros du budget de l'État. Elle suit une approche binaire, avec un premier volet consacré au programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », qui regroupe les subventions de l'État aux agences sanitaires et les crédits destinés à la politique de prévention des agences régionales de santé (ARS), et un second volet constitué par le programme 183 « Protection maladie », dédié au financement de l'aide médicale d'État (AME). Si le programme 204 était majoritaire il y a quelques années, l'AME y tient désormais une place prépondérante. Sans tenir compte des modifications de périmètre, les crédits de la mission diminuent de 7 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2014. Cependant, un certain nombre de transferts vers l'assurance maladie sont prévus en 2015 – en particulier concernant le financement de la formation médicale des internes effectuée en dehors des centres hospitaliers universitaires (CHU) – ce qui affecte le périmètre de la mission. Les raisons de ces transferts sont peu expliquées ; seul l'argument de la clarification du financement est avancé. Si l'on neutralise ces mesures de périmètre, l'enveloppe de la mission progresse de 3,3 % en 2015. De même, sur le triennal 2015-2017, les crédits progresseraient de 2,2 %. La programmation proposée aboutit à une augmentation en valeur du montant des crédits, alors que l'État s'impose pour l'ensemble de ses dépenses, hors charge de la dette et pensions, une évolution « zéro valeur ». Prise dans son ensemble, la mission ne contribue pas au plan d'économies annoncé par le Gouvernement.

En analysant plus en détail le contenu de la mission, on constate que des efforts de maîtrise de la dépense sont prévus dans le champ des opérateurs sanitaires. Le montant global des subventions pour charges de service public des huit opérateurs financés par la mission diminue de 4,4 % en 2015 et de près de 13 % à l'horizon 2017, par rapport aux crédits inscrits en loi de finances initiale pour 2014. Le plafond d'autorisation d'emplois des opérateurs diminue de 2 % en 2015 et les années suivantes du triennal, ce qui est conforme aux objectifs fixés par la lettre de cadrage du Premier ministre. Un certain flou demeure quant aux effets de la création du nouvel Institut national de prévention, de veille et d'intervention publique, issu de la fusion de trois agences sanitaires relevant de la mission : l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences

sanitaires (EPRUS). La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, a confirmé son souhait de solliciter l'habilitation du Parlement dans le cadre du projet de loi relatif à la santé pour fusionner ces trois agences par ordonnance.

Au vu de l'évolution à la baisse des crédits du programme 204 (- 5,8 % à périmètre constant), la hausse des crédits de la mission « Santé » pour 2015 provient uniquement de la progression des dépenses d'AME. Ce dispositif assure l'accès gratuit aux soins des étrangers en situation irrégulière ; il ne faut pas le confondre avec le dispositif en vigueur pour les demandeurs d'asile, qui ont droit à la couverture maladie universelle (CMU). Depuis sa création en 2001, les dépenses d'AME ont augmenté de 90 %. En 2002, 140 000 personnes étaient concernées, contre plus de 280 000 en 2013. La situation est particulièrement tendue dans les grands hôpitaux de la région parisienne.

En 2013, les dépenses totales d'AME ont atteint 846 millions d'euros – État et assurance maladie confondus – soit une hausse de 20 % par rapport à 2012, pour environ 282 000 bénéficiaires. Le projet de loi de finances pour 2015 propose une augmentation de 12 % des crédits de l'AME par rapport aux crédits programmés pour 2014. Cette prévision se fonde sur des hypothèses optimistes concernant le nombre de bénéficiaires, prévoyant notamment un impact de la réforme du droit d'asile sur les effectifs. Le Gouvernement a donc fait le choix de sanctuariser les dépenses de l'AME tandis que des efforts de plus en plus importants seront demandés aux familles en 2015. Certaines de ces familles n'arrivent plus à payer d'assurance maladie complémentaire ou de mutuelle, alors même qu'elles travaillent et payent leurs cotisations. À l'inverse, des personnes qui ne cotisent pas bénéficient d'une couverture santé gratuite. Que faire pour remédier à cette situation ?

Certaines missions de l'AME ne peuvent pas être remises en cause, comme celle qui touche à la prise en charge des soins urgents, lorsque le pronostic vital est engagé, mais aussi celle qui traite des mesures de prophylaxie. En revanche, il faudrait réétudier les conditions de prise en charge par l'AME des malades chroniques, qui peut s'étendre sur plusieurs années. Le problème est à la fois politique, économique et social. Si les conditions d'accès à l'AME ne sont pas révisées, le budget qui y est consacré atteindra certainement le milliard d'euros d'ici dix-huit mois. Nous ne pouvons pas laisser courir ces dépenses à l'infini. C'est pourquoi, je vous propose de réserver la position de la commission des finances sur l'ensemble des crédits de la mission.

Mme Michèle André, présidente. – Votre demande est faite suffisamment tôt pour que nous puissions prendre position ultérieurement. Il nous arrive souvent, l'année d'un renouvellement, de réserver notre avis en début de session.

M. Roger Karoutchi. – Je tiens à dire combien je suis sensible au rapport spécial qui vient de nous être présenté. J’ai souvenir d’avoir posé le problème de l’AME en termes clairs, ici-même, en juin dernier, lors de l’audition de la ministre Marisol Touraine, et d’avoir obtenu des réponses dilatoires. Il est clair qu’en exécution pour 2015 le budget de l’AME risque d’avoisiner le milliard d’euros, alors qu’il était de 80 millions d’euros, en 2001, lors de sa création. Il a été multiplié par douze ! Il est urgent de corriger la situation. Beaucoup d’étrangers en situation irrégulière sont venus en France pour bénéficier de soins hospitaliers. Il n’y a qu’à entendre les directeurs d’hôpitaux, notamment ceux d’Île-de-France, protester : « nous sommes saturés ! ». À l’étranger, des réseaux font savoir que pour être soignés, il suffit d’aller en France ! La situation n’est pas tenable. Le Gouvernement a envoyé un signal terrible en supprimant le droit de timbre. Certes, il rapportait peu, 5 à 10 millions d’euros, mais c’était un signal disant qu’il n’était pas possible d’avoir tout gratuitement. Les autres pays européens ont révisé leurs dispositifs de soins à l’égard des étrangers en situation irrégulière. L’Espagne ou le Royaume-Uni notamment, ont imposé un droit d’accès plus contraignant. Si la France reste le seul pays attractif, les dépenses exploseront. J’espère beaucoup des deux textes à venir sur le droit d’asile et la politique migratoire. Le Gouvernement devra y prendre acte du besoin de contrôle. Les citoyens qui voient leurs dépenses de santé augmenter n’accepteront pas que les cotisations servent de plus en plus à financer l’AME.

M. Alain Houpert. – Monsieur le rapporteur, je vous félicite pour votre exposé exhaustif. Naguère, un maréchal qui portait votre nom avait pour devise « ne pas subir ». Nous sommes en train de subir. Je le dis en tant que parlementaire, citoyen et professionnel de santé. Nous craignons la mise en place d’une médecine à deux vitesses. Nous y sommes, mais sous une forme que nous n’imaginions pas : d’un côté, ceux qui arrivent sur notre territoire et bénéficient de notre vertu, de l’autre, les classes moyennes, dont la couverture médicale se restreint. La dernière campagne sénatoriale a montré que notre vertu pouvait devenir une faiblesse. La candeur fait le terreau des extrêmes et donne des arguments au Front national. On soigne ces étrangers et en même temps on les ostracise, on les transforme en boucs émissaires. En tant que professionnel de santé, j’ai été confronté au trafic des cartes vitales distribuées à tout-va et à la surcharge des hôpitaux. Par vertu, on a voulu aligner l’AME sur la CMU : ce fut une erreur. La CMU est réservée aux résidents qui ont de faibles moyens, je trouve cela normal. Mais à cause de l’AME, la France devient un pays attractif pour les candidats à l’exil. Un Premier ministre disait que la France ne pouvait accueillir toute la misère du monde. Actuellement, la France est attractive pour toute la misère du monde, aux dépens de la population. Comme humaniste, je dirai que c’est bien de soigner toutes les personnes qui en ont besoin, mais il faut fixer des limites : l’AME est une bombe à retardement budgétaire et sociale. La France

doit rester un pays d'ouverture, mais nous devons nous garder de tout angélisme et nous inspirer de l'exemple des pays voisins.

M. Vincent Delahaye. – Je partage les remarques de bon sens de mes deux collègues. Voilà deux ans que nous relevons le dérapage des dépenses et le laxisme du Gouvernement. Quelles mesures ont été prises et quel impact ont-elles eu ? Visiblement, aucun. Je ne comprends pas qu'on laisse filer l'argent public sans réagir. Est-ce un problème de principe, un problème de fond ? S'agissant des chiffres, je ne comprends pas la différence entre les 744 millions d'euros dépensés en 2013 sur le programme 183 « Protection maladie » et les 715 millions d'euros consommés pour l'AME.

M. Francis Delattre, rapporteur spécial. – Les 715 millions d'euros auxquels vous faites référence correspondent aux dépenses effectives d'AME de droit commun constatées en 2013 (dont 13 millions d'euros de dette de l'État vis-à-vis de l'assurance maladie), tandis que les 744 millions d'euros correspondent aux trois types d'aide médicale d'État financés par l'État en 2013 (702 millions d'euros pour l'AME de droit commun, 40 millions d'euros de subvention à l'assurance maladie pour l'AME soins urgents et environ 2 millions d'euros pour l'AME humanitaire).

M. Vincent Delahaye. – Le Gouvernement prévoit qu'en 2015 les dépenses seront inférieures à celles de 2013.

M. Francis Delattre, rapporteur spécial. – J'ai dit mon scepticisme.

M. Vincent Delahaye. – Comment approuver des crédits lorsque l'évaluation n'est pas sincère ? Par ailleurs, cette année, 10 millions d'euros sont inscrits dans le programme 183 « Protection maladie » pour les victimes de l'amiante. À quoi ces crédits correspondent-ils ?

M. Michel Bouvard. – Effectivement, l'AME pose problème. La Cour des comptes a rappelé qu'en exécution pour 2013, la prévision avait été trop imprudente par rapport à l'évolution du nombre des bénéficiaires. L'exécution 2013 porte le poids d'une opération de cavalerie, à savoir le report d'un certain nombre de mois de facturation hospitalière de 2012 sur 2013. Pour cela, des crédits complémentaires ont été dégagés pour l'exercice 2013 qui se sont révélés insuffisants, tout comme en 2014. À la fin 2012, l'État enregistrait une dette de 38,7 millions vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), cette dette montant à 51,7 millions en décembre 2013. Comment évoluera-t-elle en 2014 ? L'existence de cette dette montre que le programme est impossible à exécuter dans les conditions présentées. Même si nous stabilisons le nombre de bénéficiaires de l'AME, il restera à apurer la dette de l'État vis-à-vis de l'assurance maladie. Non seulement le budget n'est pas soutenable, mais il doit encore porter les irrégularités du passé, car la loi de finances initiale pour 2014 n'avait pas prévu de couvrir cette dette.

Lors de sa venue au Sénat, Marisol Touraine a constaté de fortes disparités régionales pour l'ouverture des droits à l'AME. Si ces différences

ne sont pas justifiées d'un point de vue géographique ou démographique, l'ouverture des droits serait mieux gérée dans certains territoires que dans d'autres. Cela signifie que de bonnes pratiques existeraient, qui demandent à être développées. Enfin, la disparition du droit de timbre a effectivement pu constituer un signal négatif.

Mme Marie-Hélène Des Esgaulx. – Effectivement, les crédits sont sous-évalués. Je remercie le rapporteur pour sa comparaison avec les autres pays européens : une harmonisation européenne est indispensable. Nous pouvons conserver les prestations médicales de base et les interventions médicales urgentes, mais les prestations ne sont pas sans limite. Voilà des années – six ans maintenant ! – que j'entends la même chose sur ce dossier. Il est temps d'agir, surtout quand on constate que les crédits sont sous-évalués.

Mme Marie-France Beauvils. – Chaque année, le sujet est traité de la même manière. Les chiffres figurant dans votre note montrent que le tourisme médical n'est pas si marquant. En revanche, l'AME de droit commun est en forte hausse, sans doute à cause du transfert des dépenses d'une année sur l'autre. Il y a un ou deux ans, un débat avait montré l'importance de traiter les populations étrangères arrivant en France dans un état de santé dégradé : les soigner permet notamment d'éviter la recrudescence des maladies pulmonaires. Enfin, je lis, dans votre note de présentation, que les fraudes en matière d'AME sont surtout liées aux conditions de ressources. Pourriez-vous être plus précis ?

M. Marc Laménie. – Tout en saluant le travail du rapporteur, je souhaiterais l'interroger sur la réorganisation des agences sanitaires dont il est fait état dans sa note. Des remarques pertinentes sont faites sur le coût de ces agences, qui représentent plus de 2 500 emplois. Comment imaginer leur avenir ? Elles ont leur utilité tout en menant parfois une action inadaptée. L'INPES, par exemple, a envoyé des affiches de prévention contre la canicule dans les petites communes d'un département où le risque est très réduit. Le coût de ces agences m'interpelle. On est en droit de s'interroger sur leur efficacité sur le terrain.

M. François Patriat. – Dans une commission spéciale du Sénat, nous travaillons actuellement sur la carte territoriale. Je m'interroge souvent sur le manque de courage des élus en matière de cartographie hospitalière.

M. Roger Karoutchi. – C'est vrai.

M. François Patriat. – Souvent, un CHU qui fonctionne bien est mis en péril par l'ouverture de nouvelles unités dans un établissement voisin, et cela avec des coûts supplémentaires. De même, on installe certains appareils de manière irresponsable. À quoi peuvent servir deux appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans un rayon de quarante kilomètres, s'il n'y a pas de radiologue pour les faire fonctionner ? La multiplication des transports hélicoptérés n'est pas non plus souhaitable, si l'on considère leur efficacité relative en termes de conditions climatiques et de géographie, et

surtout leur coût. Enfin, le rapporteur nous demande de surseoir momentanément à notre vote sur les crédits de la mission. A-t-il lui-même des solutions à nous proposer ?

Mme Fabienne Keller. – Je voudrais revenir sur la réorganisation des agences sanitaires. Le projet de loi de finances pour 2015 est sous forte pression budgétaire. Pourtant, la restructuration annoncée n'est toujours pas en place. Notre commission peut-elle vraiment contribuer à l'efficacité de la gestion budgétaire ? Le sujet des épidémies est transversal et nécessite la mobilisation de tous. Or, il est traité de façon médiocre. L'INPES, pour des raisons budgétaires a décidé d'interrompre le financement alloué à un réseau médical traitant le H1N1. Il y a Ebola, la tuberculose et le Chikungunya, très présent dans les îles françaises. Les contraintes budgétaires font en général disparaître tout ce qui est transversal... Les agences sanitaires sont éclatées, trop éloignées de la direction générale de la santé (DGS), ce qui nuit à leur efficacité.

M. Philippe Dallier. – Tous les départements ne sont pas concernés au même titre par l'AME ! La Seine-Saint-Denis, par exemple, est particulièrement touchée. Beaucoup de ses hôpitaux ont été mis en difficulté par le délai de remboursement des dépenses de l'AME par l'État. Existe-t-il des indicateurs sur la situation des hôpitaux et les délais de paiement ?

M. Francis Delattre, rapporteur spécial. – Monsieur Bouvard, le rapporteur se doit d'être modéré. Pourtant, je l'ai dit, les prévisions du projet de loi de finances pour 2015 sont irréalistes. Elles ne correspondent pas à la réalité des besoins. Il est possible, effectivement, qu'il y ait un problème de sincérité.

Les fraudes existent, Madame Beauvils. Certains prétendent avoir moins de 700 euros de ressources alors que ce n'est pas vrai. La fraude est aussi variable selon les régions ; la région parisienne et la Guyane, qui concentrent un grand nombre de bénéficiaires, semblent également concentrer les cas de fraude.

Monsieur Patriat, j'ai dit que nous ne pouvions pas transiger sur deux points : les soins urgents et la prévention des épidémies. Mais il y a tout le reste... Pour encadrer le système de prestations, il faudrait se mettre d'accord sur une catégorie de soins à couvrir et surtout sur la durée de leur couverture. L'AME devrait être ponctuelle ; elle dure parfois des années. La France est le seul pays à être aussi généreux. L'Espagne et le Royaume-Uni ont réduit la voilure : nous devrions nous inspirer de ce que ces pays ont fait. Plutôt que de nous opposer simplement au vote des crédits de la mission, nous devrions obliger le Gouvernement à prendre des engagements débouchant sur des résultats.

Quant à la fusion des agences sanitaires, la ministre s'est engagée à poursuivre le processus. Les agences pullulent. Il faut rationaliser leur

fonctionnement pour que celles qui sont en charge des épidémies s'en occupent plus efficacement.

Mme Fabienne Keller. – Pour cela, il faut qu'elles agissent ensemble.

M. Francis Delattre, rapporteur spécial. – Bien sûr. La solution ne se trouvera pas en trois jours. Mais le processus de rapprochement semble engagé.

À l'issue de ce débat, la commission a décidé de réserver sa position sur les crédits de la mission « Santé ».

*

* *

Réunie à nouveau le mardi 18 novembre 2014, sous la présidence de Mme Michèle André, présidente, la commission a procédé à l'examen des crédits de la mission « Santé », précédemment réservés.

M. Francis Delattre, rapporteur spécial. – Le budget de la mission « Santé » est modeste, 1,2 milliard d'euros, l'essentiel des dépenses figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » ne pose aucun problème. En revanche, je vous propose d'adopter un amendement au programme n° 183 « Protection sanitaire » qui concerne principalement l'aide médicale d'État (AME). L'AME a augmenté de 50 % depuis 2008. Dans le projet de loi de finances rectificative pour 2014, le Gouvernement a prévu d'ouvrir un supplément de crédits de 155 millions d'euros pour couvrir les besoins additionnels, portant ainsi les crédits alloués en 2014 à 760 millions d'euros. Cet amendement constitue un signal. Il diminue les crédits de 156 millions d'euros, à 475 millions d'euros, afin de les ramener au niveau constaté en 2008. Il ne s'agit pas de remettre en cause son rôle pour les soins urgents, mais chacun constate que l'AME de droit commun suscite bien des critiques. Il faut la recentrer, revoir les critères d'attribution. Nos voisins l'ont déjà fait. Nos collègues de la commission des affaires sociales partagent cette analyse et souhaitent une remise en ordre. S'il est normal de soigner les personnes sur notre territoire dès lors que les soins sont urgents, il convient de réformer le système sinon il disparaîtra ; certains réclament d'ailleurs déjà sa suppression. Une réflexion de fond est nécessaire. Les crédits sont passés de 200 millions d'euros à plus de 760 millions d'euros en 2014. En 2015, 632,6 millions d'euros sont prévus, ce qui pose d'ailleurs la question de la sincérité de ce budget. Une précision : les demandeurs d'asile, dès lors qu'ils ont déposé un dossier, bénéficient de la couverture maladie universelle (CMU) ; ils ne sont donc pas concernés par l'AME. En outre, ceux qui souhaitent bénéficier de l'AME exercent souvent, à l'égard des personnels

des hôpitaux, une forte pression pour qu'ils ne soient pas regardants... C'est pourquoi je propose d'adopter cette mission en ramenant les crédits à leur niveau de 2008.

Je proposerai aussi, sous réserve de l'adoption d'un amendement rédactionnel, l'adoption de l'article additionnel 59 *sexies* rattaché, introduit à l'Assemblée nationale, qui réduit le délai de facturation de deux à un an des séjours hospitaliers des patients bénéficiaires de l'AME, ce qui constitue une mesure de saine gestion.

M. Vincent Delahaye. – La dérive de l'AME est préoccupante. Nous avons depuis longtemps attiré l'attention du Gouvernement sur la question, mais en vain ! Une mission devrait se constituer rapidement pour aider le Gouvernement à cadrer le dispositif, en fixant des règles humaines mais en évitant la logique de guichet. Je voterai l'amendement d'appel du rapporteur.

M. Jean Germain. – C'est un appel à 156 millions d'euros ! L'AME a été créée en 2000 pour les sans-papiers résidant en France depuis plus de trois mois dont les ressources sont inférieures à 720 euros par mois. Les dépenses par an et par personne de l'AME, 1 714 euros, sont plus importantes que pour le régime général, 1 580 euros, contre 2 606 euros pour la CMU. Dans la mesure où il s'agit de personnes en situation de grande précarité, le surcoût n'est pas considérable. Personne ne conteste l'existence de fraudes ou de tourisme médical, mais il ne s'agit que de 6 ou 7 % des cas.

Les gouvernements de droite et de gauche ont une approche différente. Une franchise de 30 euros avait été instaurée. La toile de fond est liée à l'immigration. L'AME concerne de plus en plus des personnes venues des pays de l'Est et qui réclament l'asile. La lutte contre la fraude oblige les administrations des hôpitaux à plus de paperasserie et à une suradministration pénible. Le rapporteur, conscient de la complexité du dossier, est partagé entre rationalité et sensibilité : il souhaite réduire les crédits tout en conservant l'accès aux soins urgents pour les étrangers en situation irrégulière. Mais est-ce une bonne méthode de frapper d'abord pour réfléchir ensuite ? Il faut traiter ce problème en lien avec le Gouvernement, le Défenseur des Droits et le Parlement. Nous ne voterons pas cet amendement. Le problème existe mais nous ne sommes pas d'accord avec la tactique choisie.

M. Richard Yung. – Il y a en effet un problème de méthode. Vous proposez de baisser les crédits de 20 % d'abord puis de créer une mission ensuite. Il faudrait faire l'inverse ! L'un de nos rapporteurs ne devait-il pas chercher une solution avec le Gouvernement ? Où en sont ces discussions ?

M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général. – Il semble que ces discussions n'aient pas été très fructueuses.

Je note que vous avez tous conscience du problème. Les crédits, en hausse constante et rapide, atteindront bientôt un milliard d'euros. Il faut

aussi faire preuve d'équité : bien des personnes en France n'ont pas un accès aux soins satisfaisants car ils ne possèdent pas de mutuelles. Certes, il faut conserver l'AME pour les soins d'urgence ou les soins de prophylaxie, mais il faut revoir l'AME de droit commun. La voie budgétaire est un bon moyen de poser la question. Pourquoi ne pas nous inspirer des systèmes européens comparables ?

M. Francis Delattre, rapporteur spécial. – Ce dossier n'est pas simple. J'ai écrit à la ministre à la suite de mon rapport à la commission des finances le 22 octobre. Elle ne m'a pas répondu... Aussi ai-je décidé d'élaborer un amendement. Tous les pays réfléchissent au meilleur système. L'Espagne a ainsi instauré un droit d'entrée. Nous pourrions envisager de recentrer l'AME de droit commun sur les publics fragiles, comme les mineurs ou les femmes enceintes. Nombreux sont nos compatriotes qui n'arrivent plus à se soigner... Cette question est d'une grande complexité. Si nous ne réduisons pas les crédits, rien ne bougera.

La commission a adopté l'amendement n° 5 et a décidé de proposer au Sénat l'adoption des crédits de la mission « Santé » ainsi modifiés.

Article 59 sexies

La commission a adopté l'amendement n° 6 et a décidé de proposer l'adoption de l'article 59 *sexies* ainsi modifié.

*

* *

Réunie le jeudi 20 novembre 2014, sous la présidence de Mme Michèle André, présidente, la commission a décidé de confirmer sa décision de proposer au Sénat l'adoption, avec modification, des crédits de la mission « Santé » et l'adoption, avec modification, de l'article 59 *sexies*.